# A Erradicação do *Aedes aegypti*

## febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)

coleção História e Saúde

# A Erradicação do *Aedes aegypti*

## febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)

Rodrigo Cesar da Silva Magalhães

Revisão
*Augusta Avalle*
*Myllena Paiva*

Normalização de referências
*Clarissa Bravo*

Capa e projeto gráfico
*Carlota Rios e Guilherme Ashton*

Editoração eletrônica
*Daniel Pose Vazquez*

Produção gráfico-editorial
*Phelipe Gasiglia*

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M188e Magalhães, Rodrigo Cesar da Silva
A Erradicação do *Aedes aegypti*: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968). / Rodrigo Cesar da Silva Magalhães – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.
420 p. : il. (Coleção História e Saúde)
ISBN: 978-85-7541-479-8

1. Aedes. 2. Febre Amarela - prevenção & controle. 3. Febre Amarela – história. 4. Saúde Pública - história. 5. História do Século XX. 6. Médicos - história. 7. Programas de Imunização - história. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614.54109

2016
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036, Térreo, sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041 | Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br | www.fiocruz.br/editora

Editora filiada

Para Teresinha, Tiago e Dilza (*in memoriam*)

# Sumário

# Prefácio

Neste livro aborda-se a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, iniciativa pioneira e de mais longa duração como plano internacional de erradicação. Os primórdios desse programa datam de 1914, quando a Fundação Rockefeller concebeu a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, implementada em 1918, com o fim da Primeira Guerra Mundial. No intervalo entre as décadas de 1910 e 1930, a Campanha esteve voltada para as Américas e a África, sofrendo uma série de mudanças durante o desenvolvimento do programa que redundou, no pós-Segunda Guerra Mundial, no relançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, sob a égide da Organização Sanitária Pan-Americana (OSP). Até o fim da década de 1960, os países americanos deveriam ter como meta a eliminação do vetor da febre amarela.

O cuidadoso e circunstanciado estudo de Rodrigo Cesar Magalhães reconstitui a história da proposta de enfrentamento da febre amarela formulada pelo médico brasileiro Heitor Praguer Fróes, então diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e representante do Brasil na Reunião do Conselho Diretor da Organização Sanitária Pan-Americana (OSP), realizada em Buenos Aires, em 1947. Aprovada pela organização multilateral, a iniciativa de Fróes deu sequência ao programa de combate à febre amarela da Fundação Rockefeller, inaugurado no intervalo do

entreguerras, envolvendo significativas mudanças do pós-Segunda Guerra Mundial e indicando um padrão inédito de interação entre organizações internacionais, governo norte-americano e países da América Latina, particularmente o Brasil.

Ao longo da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, emerge um personagem central na direção da OSP: trata-se do médico-sanitarista Frederick Lowe Soper (1893-1977). A trajetória de Soper como funcionário da saúde pública cobriu grande parte do século XX, incluindo-se as questões sanitárias relevantes do período. Nesse sentido, um dos méritos do livro de Rodrigo é destacar que a importância de Soper não se limitou à longa carreira no campo da saúde internacional, mas também ao seu protagonismo no desenvolvimento da cooperação internacional nas Américas. Conforme a investigação de Rodrigo, parte do êxito da cooperação está ligada à maior facilidade de se produzir consenso em áreas como a saúde e a ciência quando comparadas com os domínios da economia ou da política, a exemplo das relações entre as repúblicas americanas quando do lançamento da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela em 1918, sob a liderança da Fundação Rockefeller. Esse processo de cooperação se expandiria entre as décadas de 1920 e 1940 derivando, no pós-Segunda Guerra Mundial, num acordo entre as nações da região de combate à febre amarela. Para tornar inteligível tais arranjos político-institucionais e seus desdobramentos, no livro destaca-se o papel das relações internacionais, abordando-se o conjunto da campanha contra a febre amarela nas Américas com base em chave explicativa que privilegia os aspectos de permanência ao examinar os avanços, retrocessos e mudanças na Campanha, em variados contextos políticos e sanitários.

Das ações concertadas das nações americanas em face da adoção de políticas de combate à febre amarela, os Estados Unidos exerceram papel de relevo, especialmente no que tange à interação com o Brasil. A análise desse processo de cooperação, uma das novidades apresentadas no volume, sofreu a mediação de organizações internacionais, especialmente a Fundação Rockefeller no entreguerras e a Organização Sanitária Pan-Americana no pós-Segunda Guerra Mundial, inspiradas pelo otimismo sanitário, pela era do desenvolvimento nas Américas, pelas políticas da Guerra Fria, pelas disputas no campo sanitário envolvendo o conceito de erradicação, pela emergência de novas organizações internacionais, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS), pela reorganização da OSP e por uma alteração no foco da política da Fundação Rockfeller, que

limitou suas atividades no domínio da saúde internacional. No contexto nacional, por sua vez, os aspectos a serem destacados dizem respeito às experiências exitosas do combate à febre amarela, o debate quanto ao tipo de colaboração entre o Brasil e os Estados Unidos no pós-guerra e a relevância de se preservar o desenvolvimento econômico naquele momento, em face da redução dos investimentos norte-americanos no país.

A pesquisa do papel dos Estados Unidos na Campanha evidencia a concepção metodológica utilizada por Rodrigo ao criticar a *vertente imperialista*, de acordo com a qual se entendem as atividades de organizações internacionais, a exemplo da Fundação Rockefeller, como parte de um suposto plano do imperialismo científico e sanitário dos Estados Unidos. Na contramão dessa chave explicativa, Rodrigo adotou perspectiva de análise orientada pelo princípio de troca, uma *via de mão dupla*, que pautaria as relações entre os governos nacionais e tais organizações. Tal perspectiva pressupõe o reconhecimento da existência de distintos cenários, interesses, pressões que emergem em diferentes circunstâncias e por um leque de atores, instituindo trocas médico-científicas entre sanitaristas norte-americanos e, especialmente, latino-americanos. A compreensão de tal dinâmica requer, portanto, análise circunstanciada com base nas interfaces entre ideias, atores e instituições vinculados a determinados domínios sócio-políticos.

Nesse sentido, a obra de Rodrigo está afinada com uma historiografia que interpela a visão de que a corporação médica local adotaria acriticamente a ciência originada nas metrópoles europeias e nos Estados Unidos, conferindo assim validade à hipótese difusionista. Contudo, um conjunto de estudos mais recentes, incluindo-se este, reforçam argumentos contrários ao difusionismo ao identificarem exemplos de descobertas científicas originais na periferia, em que se evidencia a maneira pela qual o discurso médico e sanitário contemporâneo foi reconfigurado seletivamente e de maneira criativa, de modo a atender as prioridades produzidas pelas dinâmicas nacionais, regionais e locais.

O recorte temporal da pesquisa de Rodrigo inicia-se no ano de 1918, quando foi deslanchada a campanha pela Fundação Rockefeller, e termina em 1968, momento em que a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* da OSP foi suspensa, como consequência da decisão do governo norte-americano de encerrar o seu programa nacional de erradicação, não obstante – e em aparente paradoxo/contradição – a reinfestação do continente pelo mosquito a partir dos Estados Unidos. Para tratar dos

cinquenta anos de vigência da Campanha, Rodrigo atém-se a três planos de análise: as mudanças operadas nas doutrinas e práticas de combate às doenças, com destaque para a febre amarela; o rico contexto da saúde internacional da época e a inserção da questão da cooperação internacional em saúde nele; as ações e medidas adotadas visando à implementação da Campanha Continental para Erradicação do *Aedes aegypti* nas Américas, no pós-Segunda Guerra Mundial, como uma forma de dar continuidade à Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, lançada pela Fundação Rockefeller em 1918 e continuamente desenvolvida até princípios dos anos 1940.

A pesquisa de Rodrigo evidencia o papel de destaque desempenhado pelo Brasil nas atividades de erradicação do mosquito *Aedes aegypti* das Américas ao longo do século XX. Nesse período, a meta de erradicar a espécie do território brasileiro e, posteriormente, do continente, foi perseguida pelas autoridades políticas e sanitárias do país. No começo do novo milênio, contudo, tal objetivo deixou de figurar na agenda de saúde pública do governo brasileiro. A recente epidemia causada pelo vírus zika reverteu esse quadro, colocando novamente na ordem do dia o combate sem tréguas a *Aedes aegypti*, também responsável pela transmissão da dengue e da febre chicungunha. O livro em tela nos oferece uma análise original dos esforços envidados no passado recente e subsídios para realizarmos com sucesso este enfrentamento no presente. Que desta vez, no entanto, como nos alerta Rodrigo, a guerra ao mosquito não relegue ao segundo plano o enfrentamento de questões sociais importantes para a proliferação da espécie, tais como a urbanização, saneamento básico, coleta de lixo e fornecimento de água encanada.

*A erradicação do* Aedes aegypti*: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)* é fruto de uma tese de doutorado defendida no Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) da Casa de Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz, em 2013. Em 2014, ela recebeu o prêmio de melhor tese pela Sociedade Brasileira de História da Ciência (SBHC). Trata-se de obra densa, abrangente e criativa, que apresenta novo capítulo da história da cooperação internacional no campo da saúde pública, destacando o papel de instituições, atores, ideias, ações e sobretudo a importância da presença dos médicos brasileiros na "concertação sanitária" nas Américas sob a liderança de Fred Soper.

Com base em amplas e diversificadas fontes documentais inéditas, pesquisadas em arquivos brasileiros e norte-americanos, Rodrigo demonstra

de forma competente como os contextos locais, as relações entre região e nação e as interfaces entre o local e o global, especialmente no campo da saúde pública, são temas obrigatórios. Apesar do rigor acadêmico, o leitor é brindado com a boa escrita de Rodrigo e uma narrativa clara. O livro que ora sai pela Editora Fiocruz é uma grande oportunidade de difundir este belo trabalho que, com certeza, é uma referência no campo de estudos da história da ciência e da saúde pública no Brasil.

*Marcos Chor Maio*
Pesquisador e professor do Programa de
Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde
da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz

# Apresentação

O presente livro se originou da minha tese de doutorado em história das ciências e da saúde, desenvolvida sob a orientação de Marcos Chor Maio, no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (PPGHCS/COC/Fiocruz), entre 2009 e 2013. Trata da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, o primeiro e mais duradouro programa internacional de erradicação já implementado. As origens desse programa remontam ao ano de 1914, quando Wycliffe Rose, o primeiro diretor da Comissão de Saúde Internacional (CSI) da Fundação Rockefeller, idealizou a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela. Iniciada oficialmente em 1918, após o término da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a Campanha se desenvolveu entre as décadas de 1910 e 1930, nas Américas e na África, tendo sido marcada por uma série de inflexões até ser reformulada nos anos da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e relançada, em 1947, sob os auspícios da Organização Sanitária Pan-Americana (OSP),[1] com o nome Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. Desse momento até o fim dos anos 1960, a meta de erradicar o vetor da febre amarela das Américas foi perseguida, com maior ou menor intensidade, por praticamente todas as repúblicas americanas.

A nova etapa da luta contra a febre amarela nas Américas foi proposta pelo médico brasileiro Heitor Praguer Fróes – então diretor do

Departamento Nacional de Saúde (DNS) e representante do Brasil na Reunião do Conselho Diretor da OSP, realizada em Buenos Aires, em 1947. Rapidamente aprovada e lançada ainda em 1947, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* deu continuidade ao programa de combate à febre amarela da Fundação Rockefeller, implementado no período entreguerras, sintetizando as importantes transformações do pós-Segunda Guerra Mundial e sinalizando um novo padrão de relacionamento das organizações internacionais e do governo norte-americano com os países da América Latina, especialmente o Brasil, com maior preponderância destes. A Campanha assinalou o início dessa fase de transição.

Durante grande parte do período de vigência da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, a OSP foi dirigida pelo médico norte-americano Frederick Lowe Soper (1893-1977). Entre 1920 e 1942, Fred Soper trabalhou em campanhas contra a ancilostomíase, a febre amarela e a malária na América do Sul, sobretudo no Paraguai e no Brasil, como membro da CSI da Fundação Rockefeller. Em 1927, inclusive, ele foi nomeado chefe do Escritório Regional da organização filantrópica norte-americana, localizado no Rio de Janeiro. Em 1930, tornou-se também diretor do Serviço Cooperativo de Febre Amarela (SCFA), agência administrada conjuntamente pelo governo brasileiro e pela Fundação Rockefeller, cujo objetivo era combater a doença no Brasil. Além de liderar a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller no Brasil, a partir dos anos 1930, durante a sua permanência no país Soper também coordenou o trabalho de combate ao mosquito de origem africana *Anopheles gambiae*, vetor da malária, que havia infestado regiões do Ceará e do Rio Grande do Norte. No curso dessas atividades, desenvolveu laços estreitos com a comunidade médica e sanitária nacional.[2]

No período em que atuou no país, Fred Soper e os seus colaboradores observaram que *Aedes aegypti* desaparecia completamente de determinadas áreas, o que reorientaria a campanha contra a febre amarela (Soper & Wilson, 1942; Soper, 1968; Soper & Duffy, 1977). As atividades de combate a *Anopheles gambiae* no Nordeste brasileiro, por sua vez, o convenceram de que ele tinha desenvolvido as técnicas e os métodos necessários para alcançar a completa eliminação das duas doenças pela erradicação dos seus vetores, convertendo-se, assim, no principal proponente do conceito de erradicação das espécies nas décadas de 1930 e 1940.

Nos anos da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), Soper foi enviado para a Europa, onde, como consultor da Secretaria da Guerra dos Estados Unidos e integrante da Comissão de Tifo do Exército Norte-Americano, atuou no Egito e na Itália, liderando campanhas contra o tifo e a malária. Nessas campanhas, ele foi o primeiro a testar o poder do diclorodifeniltricloretano, um novo inseticida de ação residual que ficaria conhecido como DDT, no controle das doenças, o que aumentou a sua convicção de que era possível erradicá-las. Terminada a guerra, Soper levou a sua filosofia erradicacionista para a OSP, da qual foi eleito diretor por três mandatos consecutivos (1947-1958). Sob a sua responsabilidade, a organização aumentou consideravelmente o seu orçamento, número de funcionários e atividades, especialmente o lançamento de campanhas de erradicação de doenças como a bouba, a malária e a varíola. A primeira e principal dessas campanhas no pós-Segunda Guerra Mundial, no entanto, foi a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, lançada em 1947, formulada e encampada pelos mesmos homens que participaram das atividades de combate à febre amarela e à malária no Brasil.

Dois anos depois, em 1949, quando a OSP se tornou Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) nas Américas, Soper pôde influenciar a decisão da OMS de lançar, em 1955, o Programa de Erradicação da Malária (Malaria Eradication Program). Após a sua saída da OSP, ele se dedicou a implementar um programa de erradicação de *Aedes aegypti* nos Estados Unidos, país que havia se comprometido com a Campanha Continental quando do seu lançamento, mas que até meados da década de 1950 nada tinha feito para implementá-la em seu território. A carreira de Soper como funcionário da saúde pública se estendeu por grande parte do século XX, dando-lhe a possibilidade de participar de todas as grandes questões sanitárias da época.[3] Sua trajetória profissional também nos permite vislumbrar o processo de cooperação internacional em saúde nas Américas.

Partindo da hipótese de que a cooperação interamericana foi construída em áreas como a ciência e a saúde, mais consensuais e menos propensas a conflitos se comparadas com as esferas econômica ou política *stricto sensu*, a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, lançada pela Fundação Rockefeller em 1918, estreitou as relações entre as repúblicas americanas que, nas primeiras décadas do século XX, mantinham poucos contatos diplomáticos e praticamente não dialogavam internacionalmente em áreas como a política e a economia. Com o seu lançamento, inaugurou-se

uma fase de maior diálogo entre os países do continente, sobretudo em torno do problema da febre amarela, que afetava a todos, na medida em que a doença incidia diretamente sobre o comércio internacional. Essa cooperação interamericana na área da saúde se estreitaria entre as décadas de 1920 e 1940, desembocando, no pós-Segunda Guerra Mundial, em uma proposta acordada entre as nações da região para erradicar a febre amarela das Américas, expressa na Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* que, como procuro mostrar, constituiu-se em uma nova fase da campanha da Fundação Rockefeller, só que em outro contexto internacional.

Privilegio, então, a dimensão das relações internacionais, oferecendo uma abordagem de conjunto da campanha contra a febre amarela nas Américas, antes e depois da Segunda Guerra Mundial, sob esse viés da continuidade. A reformulação da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller nos anos da Segunda Guerra Mundial e o seu relançamento, em 1947, com o nome de Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, resultaram de uma articulação inédita das repúblicas americanas para combater conjuntamente um problema sanitário que afetava todas elas. Desse modo, para discutir a crescente cooperação internacional em saúde que foi se estabelecendo nas Américas ao longo do seu desenvolvimento, parto da análise da Campanha, com os seus avanços, retrocessos e inflexões, em diferentes contextos políticos e sanitários.

Também estou interessado nos impactos dessa cooperação sobre o campo da saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos, bem como sobre as relações científicas, sanitárias e políticas mantidas entre os dois países e entre eles e as demais repúblicas americanas em torno da questão da febre amarela. Tal cooperação foi mediada por organizações internacionais como a Fundação Rockefeller no entreguerras (1918-1939) e a OSP no pós-Segunda Guerra Mundial e ocorreu em meio a um cenário caracterizado por uma atmosfera de otimismo sanitário, pela emergência de planos e ideias de desenvolvimento nas Américas, pelos desígnios da Guerra Fria, pelas disputas no campo sanitário envolvendo o conceito erradicação, pelo surgimento de novas organizações internacionais, com destaque para OMS no campo sanitário, pela reestruturação da OSP, pelo fortalecimento do pan-americanismo, por disputas entre OMS e OSP e por uma mudança de foco da Fundação Rockefeller, que restringiu as suas atividades no terreno da saúde internacional, disponibilizando uma série de especialistas para as organizações recém-criadas. No plano nacional, os aspectos mais

relevantes foram a experiência parcialmente bem-sucedida de combate à febre amarela, o debate sobre o tipo de parceria que o Brasil teria com os Estados Unidos no pós-guerra e a necessidade de manter o crescimento econômico naquele contexto, caracterizado pela diminuição do aporte financeiro norte-americano.

Os anos 1918, quando a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela foi lançada pela Fundação Rockefeller, e 1968, quando a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* da OSP foi abandonada, em virtude da decisão do governo norte-americano de encerrar o seu programa nacional de erradicação, em meio a um cenário de reinfestação do continente pelo mosquito a partir dos Estados Unidos, são os marcos cronológicos deste estudo. A análise do desenvolvimento da campanha contra a febre amarela ao longo desses cinquenta anos me permitiu avaliar a crescente articulação das repúblicas americanas no plano das relações internacionais em geral e sanitárias em particular, bem como os seus impactos na área da saúde no continente. Para tanto, procurei articular três planos de análise: (a) as transformações operadas nas doutrinas, políticas e práticas de combate às doenças, com destaque para a febre amarela; (b) o rico contexto da saúde internacional da época e a inserção da questão da cooperação internacional em saúde nele; (c) as ações e medidas adotadas visando à implementação da Campanha Continental para Erradicação do *Aedes aegypti* nas Américas, no pós-Segunda Guerra Mundial, como uma forma de dar continuidade à Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, lançada pela Fundação Rockefeller em 1918 e continuamente desenvolvida até princípios dos anos 1940.

Este volume é composto de sete capítulos. No primeiro, serão analisados os dez anos iniciais da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller, nas Américas e na África, desde o seu lançamento, em 1918, até 1928, quando uma grave crise nos âmbitos prático e teórico ameaçou a continuidade das suas atividades. Esse capítulo está dividido em quatro seções. Na primeira, traço um histórico da Fundação Rockefeller, abordando as origens e os primeiros programas sanitários desta que foi a maior organização filantrópica da primeira metade do século XX e a responsável pelo lançamento e implementação da Campanha no período entreguerras. Em seguida, a ênfase recai sobre as articulações que levaram à elaboração e ao lançamento da Campanha, suas primeiras atividades nas Américas e na África e as principais ideias epidemiológicas e práticas que orientavam a luta contra a febre amarela nas décadas de 1910 e 1920.

Em um terceiro momento, desloco o foco da análise para o Brasil, último país das Américas a receber a cooperação da Fundação Rockefeller e onde a Campanha Mundial deveria ser finalizada. Na última seção, discuto o impacto de alguns acontecimentos e descobertas, na África e nas Américas, na Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller que impediram que a meta fosse alcançada, abalaram as suas bases epidemiológicas e práticas e ameaçaram a sua continuidade.

O assunto do segundo capítulo é a reorganização da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, empreendida por Fred Soper, no Brasil, na década de 1930, em meio a um cenário de desabamento de todas as certezas existentes sobre a doença e a melhor maneira de combatê-la. Para tanto, percorro o período de dez anos compreendidos entre 1929, quando a Fundação Rockefeller e o Estado brasileiro renegociaram as bases da cooperação existente desde 1923, e 1939, quando a organização filantrópica norte-americana transferiu a responsabilidade pelo combate à febre amarela no país ao governo federal, encerrando uma parceria de 16 anos. Esse período foi marcado pelo desenvolvimento de novas técnicas laboratoriais que possibilitaram a realização de um mapeamento da extensão da febre amarela nas Américas, durante o qual novas descobertas sobre a enfermidade foram feitas. Desse modo, em um primeiro momento explicito as novas bases da cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro, firmadas na transição da década de 1920 para os anos 1930. Em seguida, minha análise recai sobre as novas descobertas relacionadas à febre amarela realizadas no país que, somadas àquelas que estavam sendo feitas no continente africano desde meados dos anos 1920, levariam a uma reorganização da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela. No terceiro momento, o foco se desloca para as consequências de uma grave crise sanitária que se abateu sobre o Nordeste do Brasil, nos anos 1930, em virtude da chegada à região do mosquito *Anopheles gambiae*, um dos principais vetores da malária, atingindo as ideias e práticas então vigentes acerca da melhor forma de combate às doenças transmitidas por vetores. O capítulo se encerra com uma discussão sobre o conceito de erradicação das espécies, fortalecido durante as campanhas contra *Aedes aegypti* e *Anopheles gambiae* no Brasil.

Examino, no terceiro capítulo, a crescente cooperação em prol do combate à febre amarela entre os países da América do Sul na área da saúde pública, no início da década de 1940, relacionando-a com as primeiras articulações das repúblicas americanas para o lançamento de uma

campanha de erradicação do mosquito *Aedes aegypti* do continente. O cenário é o combate à doença na América do Sul após o fim da cooperação entre a Fundação Rockefeller e o Estado brasileiro. Embora tenha transferido as atividades de combate à doença para o governo brasileiro, ao longo da década de 1940 a Fundação Rockefeller continuou participando de campanhas de erradicação de *Aedes aegypti* em diversos países da região. Nesse período, os Laboratórios de Febre Amarela da organização localizados no Brasil e na Colômbia passaram a centralizar as investigações entomológicas e o mapeamento da enfermidade em todo o continente, de modo a identificar sua real extensão e, assim, desenvolver formas mais eficazes de combatê-la. O Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), inclusive, que havia assumido a responsabilidade pela campanha no Brasil após a saída da Fundação Rockefeller, passou a atuar em muitos países das Américas como consultor e/ou coordenador de programas de erradicação de *Aedes aegypti* na região, formando e treinando pessoal em cada um deles, o que estreitou ainda mais as relações entre as nações do continente no campo da saúde pública. Com isso, um novo modelo de combate à febre amarela, calcado na erradicação do mosquito *Aedes aegypti* e em um planejamento minucioso das atividades, criado no Brasil, nos anos 1930, se internacionalizava, sendo exportado para outros países do continente. A crescente cooperação das repúblicas americanas no combate à febre amarela teve como resultado as primeiras proposições de uma campanha contra o vetor da doença em escala continental.

No quarto capítulo, me detenho na Europa e no norte da África, para onde Fred Soper foi enviado em 1942, como membro da Comissão de Tifo do Exército Norte-Americano. Nos anos da Segunda Guerra Mundial, ele participou de importantes campanhas contra essa enfermidade e a malária no Egito e na Itália. Após o sucesso obtido no combate a *Anopheles gambiae* no Nordeste brasileiro, na década de 1930, tais campanhas se constituíram na primeira tentativa de aplicação do que Soper considerava a sua "filosofia de erradicação dos vetores" fora do continente americano. As bem-sucedidas campanhas contra *Anopheles gambiae* que ele liderou no Egito e na Sardenha consolidaram em muitos especialistas em saúde pública a crença de que a erradicação das espécies era a melhor forma de combater enfermidades transmitidas por vetores. O objetivo desse capítulo, então, é analisar as campanhas contra o tifo e a malária nesses países, nos anos da Segunda Guerra Mundial, relacionando-as com a reabilitação da ideia de erradicação, que no pós-guerra se transformaria em um conceito-chave nas campanhas

internacionais de saúde pública, e com a consolidação da posição de Soper como uma das principais lideranças do campo sanitário mundial.

No quinto capítulo, analiso as discussões que levaram ao lançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti,* em 1947, pela OSP, então sob a direção de Soper, de modo a dar continuidade à Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller. O meu objetivo é examinar os fatores que contribuíram para o relançamento, a rápida aprovação e implementação da campanha contra a febre amarela no pós-guerra, em novas bases e em meio a um renovado cenário internacional, marcado, entre outros elementos, pelas primeiras tensões da Guerra Fria e o surgimento da OMS e da temática do desenvolvimento.

A análise do sexto capítulo recai sobre os 12 anos iniciais da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, cobrindo o período compreendido entre o seu lançamento, em 1947, e a realização da XV Conferência Sanitária Pan-Americana, em San Juan, Porto Rico, em 1958, na qual 11 países e territórios do continente foram declarados oficialmente livres de *Aedes aegypti*, incluindo o Brasil. Esse período constituiu-se no auge da Campanha Continental e da filosofia de erradicação que a embasava, coincidindo com o mandato de Soper na OSP.

No sétimo capítulo, o foco se desloca para os Estados Unidos, país que havia apoiado o lançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* em 1947, mas que, até meados dos anos 1950, não tinha adotado nenhuma medida no sentido de implementá-la em seu território. O objetivo deste capítulo é investigar as razões que levaram o governo norte-americano a implementar o seu programa de erradicação de *Aedes aegypti* nos anos 1960, aderindo de fato à Campanha Continental. Para tanto, inicialmente discuto as relações entre os Estados Unidos e a América Latina no pós-Segunda Guerra Mundial e os impactos da Guerra Fria na política externa norte-americana para a região. Em um segundo momento, analiso os preparativos realizados pelos Estados Unidos para testar a viabilidade da erradicação do vetor da febre amarela no país para, em seguida, me ater especificamente ao Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos. Enfatizo os debates e as negociações que antecederam o lançamento do programa, bem como as controvérsias que ele suscitou no país desde os seus primórdios. Por fim, realizo um balanço dos esforços empreendidos pelos norte-americanos para erradicar o vetor da febre amarela do seu território e de suas consequências para a Campanha Continental que se desenvolvia no restante do hemisfério ocidental.

Na conclusão, discuto como o estudo de programas e campanhas de saúde desenvolvidos conjuntamente pelos países da América Latina e do Caribe – como a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* – pode contribuir para a recuperação das relações estabelecidas entre eles, frequentemente eclipsadas pelo papel desempenhado pelos Estados Unidos na política externa da região, e aponto as possibilidades oferecidas pelo campo da saúde internacional para o fortalecimento dessa importante agenda de pesquisa.

O livro conta também com um caderno de 16 fotos, com as quais eu pretendo ilustrar com rostos, lugares e ações a grande odisseia que foi o combate à febre amarela e a tentativa de erradicar o mosquito *Aedes aegypti* das Américas, dois dos maiores desafios enfrentados pela saúde internacional no século XX.

Antes de convidar o leitor a enveredar por esse caminho, gostaria de deixar registrados os meus agradecimentos àquelas pessoas e instituições que, de alguma maneira, contribuíram para a produção deste livro. Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador Marcos Chor Maio, com quem passei a trabalhar em 2002, quando ingressei na Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) como bolsista em um projeto de pesquisa sob sua coordenação. Iniciava-se aí uma parceria acadêmica que renderia algumas publicações científicas, um diálogo intelectual sempre provocador e estimulante e uma amizade que já dura mais de dez anos. Durante o curso de doutorado, Marcos foi um interlocutor atento e um grande incentivador da pesquisa que resultou nesta obra. O seu apoio, generosidade, paciência, disponibilidade, críticas e sugestões foram muito importantes em diversas etapas deste trabalho e nunca poderão ser agradecidos o suficiente.

A Gilberto Hochman, que acompanha a minha trajetória acadêmica desde o mestrado e participou da minha banca de doutorado, sou grato pelo incentivo intelectual constante, amizade e pelo interesse na minha pesquisa. As suas publicações, palestras, aulas e sugestões foram extremamente valiosas para que eu pudesse clarear as minhas ideias iniciais, travar contato com a literatura e definir algumas questões que nortearam este volume.

Aos professores Marcos Cueto, Luiz Antonio de Castro-Santos e Letícia Pinheiro, que também compuseram a minha banca de doutorado, sou grato pelas críticas e sugestões que me ajudaram a aprimorar o trabalho.

Gostaria de agradecer também aos professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) da

COC/Fiocruz, aos quais devo a minha formação neste campo. Agradeço especialmente a Luiz Otávio Ferreira, Nara Azevedo, Lorelai Brilhante Kury, Maria Rachel Fróes da Fonseca e Jaime Benchimol, com os quais eu tive a oportunidade de cursar disciplinas no doutorado e discutir muitos pontos desse estudo.

Agradeço ainda à professora Iris Borowy pelas discussões e sugestões de leitura durante o curso "História, ciência e saúde nas relações internacionais", ministrado no segundo semestre de 2012 no PPGHCS. O segundo módulo desse curso ficou sob a responsabilidade da professora Magali Romero de Sá, a quem eu também devo agradecimentos especiais pelas discussões em sala de aula e por toda a atenção dispensada a minha pesquisa.

Um agradecimento especial à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, em particular à professora Simone Kropf, coordenadora do Programa, e ao professor Robert Wegner, coordenador adjunto, por todo o apoio, disponibilidade, compreensão e por propiciarem todas as condições para que eu desenvolvesse este estudo. O suporte da Coordenação foi absolutamente fundamental em todas as etapas do curso de doutorado.

Gostaria de agradecer também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que me concedeu uma bolsa de estudos, graças a qual eu pude me dedicar integralmente à pesquisa que culminou neste livro. Agradeço ainda à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e à Comissão Fulbright que, em janeiro de 2011, me concederam uma bolsa de doutorado sanduíche nos Estados Unidos, com duração de 11 meses, para que eu pudesse realizar as minhas pesquisas na National Library of Medicine (NLM) e no National Archives and Records Administration (NARA), ambas as instituições localizadas no estado de Maryland, na Library of Congress, em Washington D.C., e no Rockefeller Archive Center (RAC), em Nova York.

Sou especialmente grato ao professor Daryle Williams, do Departamento de História da Universidade de Maryland (College Park), por ter aceitado o convite para ser o meu orientador no país e pela disponibilidade, gentileza e atenção dispensada ao meu trabalho, desde a minha candidatura até o meu retorno ao Brasil. O seu suporte e amizade foram de suma importância durante todo esse período.

Na Universidade de Maryland, eu gostaria de agradecer a gentileza com que fui recebido por professores e funcionários do Departamento de

História, especialmente aqueles ligados ao Latin American Studies Center (LASC), ao qual estive vinculado durante todo o período de vigência da minha bolsa sanduíche. Não poderia deixar de agradecer também o apoio, a amizade e o companheirismo dos meus colegas de pós-graduação do LASC, com os quais eu pude usufruir do bom ambiente intelectual da instituição e desfrutar de momentos de descontração.

Na National Library of Medicine, agradeço a Stephen Greenberg e à Crystal Smith por terem me ajudado com as coleções de Fred Soper, Wilbur Sawyer e Eugene P. Campbell, depositadas na instituição. Nos cinco meses em que realizei pesquisas na NLM, ambos foram extremamente atenciosos, gentis e prestativos diante das minhas solicitações.

Eu também sou grato ao Rockefeller Archive Center pelo *grant-in-aid* que me possibilitou permanecer em Nova York por cerca de um mês, realizando pesquisas na instituição. Agradeço em particular ao doutor Lee R. Hiltzik, diretor assistente do RAC, com quem eu fiz os primeiros contatos e que, desde o início, foi extremamente atencioso e solícito, me fornecendo todo o auxílio e informações necessários, e incentivando constantemente o andamento da pesquisa. No RAC, eu também recebi a inestimável ajuda do arquivista Thomas Rosenbaum, que me apresentou às riquíssimas coleções da instituição, me familiarizou com a organização do acervo e me ajudou a selecionar os materiais para a minha pesquisa. Camilla Harris, por sua vez, administradora de bolsas e auxílios da instituição, me ajudou nos aspectos administrativos relacionados ao *grant-in-aid,* respondendo pacientemente a cada um dos meus *e-mails*. A temporada de pesquisas no RAC, as viagens de trem para Tarrytown, beirando o rio Hudson, e os dias em Sleepy Hollow ficarão para sempre guardados na minha memória.

Para a obtenção do *grant-in-aid* do RAC, eu contei com o apoio de Marcos Cueto e de Steven Palmer, que gentilmente escreveram cartas de recomendação e se colocaram à disposição para me ajudar no que mais fosse necessário. A contribuição de ambos para os estudos no campo da saúde internacional é bem conhecida, de modo que considero um privilégio ter sido recomendado por eles.

Agradeço também a Anna M. Rendon, do Institute of International Education (IIE), responsável pelo programa de assistência ao estudante estrangeiro da Fulbright na região de Washington D.C., pela disponibilidade em resolver todo e qualquer problema relacionado ao programa e à nossa estadia nos Estados Unidos.

A adaptação à vida nos Estados Unidos foi facilitada pelo excelente programa pré-acadêmico organizado pela Comissão Fulbright ("2011 Fulbright Summer Pre-Academic Program"), realizado na Universidade de Kansas (KU), entre 6 de julho e 5 de agosto de 2011. Agradeço a toda a equipe de professores e funcionários do Applied English Center da instituição pelas aulas, discussões, palestras, seminários e visitas guiadas a museus e pontos de interesse da região e, principalmente, pela paciência, gentileza, atenção e carinho com que lidaram, durante um mês, com 35 jovens estudantes oriundos de 28 países diferentes. Agradeço em especial às coordenadoras do programa, Margaret Coffey e Geri Lamer, e aos nossos *embaixadores* Aaron Huerter, Maya Tuylieva, Will Suarez e Kayla Trunecek, estudantes da KU que abriram mão de suas férias de verão para nos ajudar nessa jornada e tornar a nossa estadia na cidade a mais agradável possível. Meu obrigado ainda aos colegas *fulbrighters*, com os quais compartilhei aquele mês em Lawrence (KS), por terem transformado um período sempre difícil de adaptação à vida em um novo país em uma experiência inesquecível, da qual sempre guardarei boas lembranças.

Por fim, e acima de tudo, eu gostaria de agradecer aos meus familiares pelo apoio, paciência e compreensão diante das minhas constantes ausências durante o período do doutorado e, principalmente, por me fornecer uma base sólida, sobre a qual pude fazer as escolhas e construir a minha vida. Um agradecimento especial à minha mãe Teresinha, ao meu padrasto José Carlos e ao meu irmão Tiago, que vibraram a cada sucesso e estiveram ao meu lado em cada momento de dificuldade. Sem o carinho, o suporte e o companheirismo de vocês este livro não existiria. Só espero que um dia eu possa retribuir tudo o que vocês já fizeram e ainda fazem por mim.

# Introdução

## Erradicação, Bacteriologia, Medicina Tropical e a Teoria do Inseto-Vetor

O objeto deste livro é uma campanha de erradicação que, em seu conjunto, desenvolveu-se por cinquenta anos. A ideia de erradicação, como um objetivo a ser alcançado no campo sanitário, data do começo do século XX. A sua emergência e a escolha da febre amarela como alvo das primeiras campanhas sanitárias embasadas por esse conceito estão diretamente relacionadas a importantes transformações ocorridas no campo da saúde pública nas últimas décadas do século XIX. A primeira delas foi o advento da bacteriologia, por intermédio das novas teorias e técnicas elaboradas pelo francês Louis Pasteur e pelo alemão Robert Koch para compreender e combater as doenças infecciosas, que acabaram alçando o laboratório à condição de espaço principal para a enunciação de verdades científicas.

Em 1884, Koch estabeleceu os postulados experimentais que levariam o seu nome, demonstrando os vínculos causais entre micróbios e doenças.[4] Tais critérios serviriam para consolidar a noção de que as doenças infecciosas apresentavam uma causa específica, o que possibilitou a associação de um agente etiológico a uma determinada enfermidade (Cunningham, 1992). Rosenberg (1992) destaca que a noção de que cada enfermidade se caracterizava

por uma etiologia específica, consagrada pela microbiologia, constituiu-se em um elemento importante para a difusão da ideia de que as doenças são realidades singulares, definidas pela ação de um determinado agente.

A vacina antirrábica, desenvolvida por Pasteur com base na inoculação de um microrganismo com a sua potencialidade patogênica atenuada, e testada experimentalmente pela primeira vez em um ser humano em 1885, tornou-se o primeiro grande sucesso da aplicação dos pressupostos da microbiologia à medicina. Esse momento assinalou um avanço para as medidas de profilaxia e para a terapêutica das doenças infecciosas. A microbiologia e Pasteur foram consagrados definitivamente com a criação em Paris, em 1888, do Instituto batizado com o seu nome.[5]

A noção de que as doenças eram causadas por microrganismos, a definição de regras experimentais para *verificá-los* e o reconhecimento de que a soroterapia e as vacinas poderiam combater a sua ação no organismo foram consideradas uma verdadeira revolução que teve a Europa como centro, mas que rapidamente se espalhou pelo mundo nos anos 1880. Ficavam em segundo plano uma série de teorias miasmáticas que, em maior ou menor grau, articulavam as doenças a inúmeras causas relativas ao ambiente. O saber médico entrava, então, em uma nova era, marcada pela objetividade do laboratório (Rosen, 1994; Porter, 1999).[6]

A segunda mudança foi a consolidação do campo da medicina tropical, que estabeleceu um vínculo entre certas doenças e determinadas regiões geográficas do planeta.[7] Apesar de sua emergência estar relacionada ao advento da microbiologia, a medicina tropical procurou definir-se como uma nova especialidade justamente em virtude das novas questões que trazia, como os ciclos evolutivos dos parasitos e as suas dinâmicas com os hospedeiros e o meio ambiente. O estudo dessas e de outras questões exigiam conhecimentos específicos, para os quais foram mobilizadas disciplinas como a entomologia, a parasitologia, a botânica, entre outras (Worboys, 1997; Benchimol, 1999; Benchimol & Sá, 2005, 2006).

As inovações na área da microbiologia e o advento da medicina tropical verificados na virada do século XIX para o XX contribuíram para a emergência de um novo modelo de pesquisa médica, calcado no papel dos insetos como vetores de doenças humanas e animais. A contribuição decisiva para o novo modelo foi dada por Patrick Manson que, em 1879, após identificar todo o ciclo do parasito que causava a filariose, descobriu que os mosquitos tinham um papel fundamental na transmissão da doença aos seres humanos. Eles serviam de *hospedeiros intermediários* para o parasito

que, depois de cumprir parte de seu ciclo evolutivo no organismo do inseto, transferia-se para o homem, seu hospedeiro definitivo.[8]

Um passo importante para a consolidação da teoria inseto-vetor foi dado no biênio 1880-1881, quando o médico cubano Carlos Finlay levantou a hipótese de que a febre amarela era causada por um germe que passava por transformações fora do corpo humano antes de infectar o homem. Essas ocorreriam no organismo do mosquito *Culex*, que seria, então, o agente transmissor da doença de um indivíduo infectado para outro saudável.[9] A descoberta de Finlay, entretanto, só foi confirmada cerca de duas décadas depois, nos anos de 1900-1901, por uma comissão militar americana liderada pelo oficial médico Walter Reed, que apresentou as suas conclusões no 3º Congresso Pan-Americano, realizado em 1901, em Havana (Benchimol, 1999).[10]

Stepan (1978) argumenta que os elementos essenciais da teoria de Finlay já estavam dados. Ela teria permanecido no limbo por tanto tempo em virtude de aspectos sociais e políticos, tais como o fato de ele ser cubano e não de um país central do ponto de vista da produção do conhecimento, o desinteresse científico da metrópole espanhola, a crença de que a enfermidade era algo característico da então colônia e a circunstância da descoberta ter sido feita em um contexto de grande agitação política, marcado pela guerra de independência de Cuba e pela ocupação do país pelos Estados Unidos. Tais elementos reunidos teriam contribuído para uma certa invisibilidade da febre amarela naquele contexto.

Delaporte (1992), por sua vez, ressalta que Finlay e os norte-americanos viam o mosquito de diferentes formas. O médico cubano o considerava apenas um agente transmissor, não fazendo ideia do ciclo biológico do hospedeiro intermediário, um processo mais complexo do qual os norte-americanos já desconfiavam. O autor argumenta que a decisão de Finlay de concentrar as suas pesquisas no mosquito e o lapso de tempo transcorrido entre a formulação e a confirmação de sua teoria só podem ser entendidos se analisados em articulação com a medicina tropical inglesa, por meio das relações de afinidade intelectual que o ligam a Patrick Manson, e Walter Reed a Ronald Ross. Na visão de Delaporte, a tese de Finlay só adquiriu evidência quando Ross esclareceu o modo de transmissão da malária, demonstrando que o mosquito era o hospedeiro intermediário do parasito que causava a enfermidade. Essa descoberta motivou a hipótese de que o inseto cumpria o mesmo papel com relação à febre amarela, de diagnóstico clínico muito semelhante ao da malária.[11]

Controvérsias à parte, a prova experimental de que a febre amarela era transmitida por mosquitos – uma das mais importantes do campo médico-sanitário após o advento da bacteriologia – estabeleceu um marco na história da medicina e da saúde internacional. Mais do que isso, a descoberta contribuiu decisivamente para a emergência do conceito de erradicação, base para a implementação das primeiras campanhas sanitárias, tendo como alvo a febre amarela. A inexistência de uma droga para o tratamento das vítimas da doença, aliada ao fato de o seu agente etiológico permanecer desconhecido e de ela não constituir uma infecção crônica com a qual as pessoas aprendiam a viver, mas sim uma enfermidade epidêmica com alta taxa de mortalidade, concorreram para que o combate ao seu vetor – o mosquito *Aedes aegypti* – fosse reconhecido imediatamente como o método mais simples e econômico de eliminá-la (Stepan, 2011). O fato de a descoberta ter sido feita no período em que o exército norte-americano estava ocupando Cuba também ajudou a aplicação imediata dos novos conhecimentos (Stepan, 1978).

## As Primeiras Campanhas de Erradicação

A primeira campanha bem-sucedida contra o mosquito foi realizada pelo General William C. Gorgas (1854-1920) em Havana, em 1901. O método empregado foi a eliminação das larvas em águas paradas e o uso de mosquiteiros para isolar os doentes. Impulsionado pelo sucesso alcançado na capital cubana, Gorgas implementou campanhas antimosquito similares em outras cidades do país e também na zona onde seria construído o Canal do Panamá (1912-1914) (Benchimol, 1999; Benchimol & Sá, 2005, 2006; Sutter, 2005; Lowy, 2006). Em 1905, Joseph H. White (1859-1953) lideraria uma igualmente vitoriosa campanha contra a febre amarela em Nova Orleans, na Louisiana, baseada nos mesmos métodos (Humphreys, 1992).

No Brasil, os trabalhos da Comissão Reed reorientaram o pensamento médico e a política sanitária. No tocante às doenças tropicais, a disseminação da ideia de que a transmissão da malária e da febre amarela se relacionava com micróbios e mosquitos e não com fatores ligado ao ambiente abriu novas possibilidades para a questão candente do combate às epidemias. As campanhas verticais contra doenças específicas, centradas na eliminação dos insetos vetores, deram mais um impulso à crença de que, no princípio do século XX, a medicina dispunha de ferramentas capazes de acabar com todos os males que afligiam a humanidade (Porter, 1999).

Os paulistas foram os primeiros a incorporarem os novos métodos de combate à febre amarela testados em Cuba. Em 1901, Emílio Ribas, então diretor do serviço sanitário do estado, determinou que o combate às larvas do mosquito fosse incluído entre as medidas de profilaxia da doença. Desse modo, entre 1901 e 1903, Ribas e Adolpho Lutz, com o apoio do governador Rodrigues Alves, reproduziram em São Paulo a campanha bem-sucedida realizada em Cuba (Almeida, 2003).

Na capital federal, pesquisadores franceses foram enviados pelo Instituto Pasteur para realizar experiências sobre a viabilidade da chamada teoria havanesa e estudos sobre muitos aspectos ainda não definidos acerca da transmissão de doenças por mosquitos (Lowy, 1990, 2006). Os alemães também enviaram comissões a cidades como o Rio de Janeiro, onde a febre amarela era um flagelo constante, com o intuito de testar os novos métodos de profilaxia da doença e aplicá-los em suas colônias (Benchimol & Sá, 2005). As polêmicas na cidade envolvendo questões de saneamento se intensificaram quando Rodrigues Alves chegou à presidência da República, em 1902, com a promessa de enfim realizar a reforma urbana do Rio de Janeiro. A questão só seria resolvida no V Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado na capital federal, em 1903, durante o qual, após intensos debates envolvendo questões científicas e políticas, os métodos utilizados em Havana foram aprovados, embora com algumas restrições (Benchimol, 1999).

O campo médico dava, assim, o seu aval à estratégia de Oswaldo Cruz – adepto da teoria de Finlay – que em março daquele ano assumira a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) e iniciaria a implementação de um amplo programa de saneamento do Rio de Janeiro que tinha como alvos principais a varíola, a peste bubônica e a febre amarela. Contra a primeira, o método empregado seria a vacinação, ao passo que as outras duas enfermidades seriam combatidas mediante a eliminação dos seus vetores, o rato e o mosquito respectivamente. Apesar de embasadas pela perspectiva do inseto vetor, as "brigadas sanitárias"[12] de Oswaldo Cruz atuavam conjuntamente com os engenheiros, responsáveis pelas obras de melhoria e pelo embelezamento da cidade, que adotavam muitas medidas que, desde o século XIX, eram identificadas com a higiene.[13] A capital federal se tornava, assim, "o primeiro grande laboratório coletivo para o teste de uma campanha calcada na teoria culicidiana, sob condições políticas autoritárias, mas que não eram as da ocupação militar" (Benchimol, 2004: 76).[14]

As campanhas contra *Aedes aegypti* implementadas por Gorgas em Havana e na zona do Canal do Panamá, por White em Nova Orleans, por Ribas e Lutz em São Paulo e por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, nos primeiros anos do século XX, foram de fundamental importância para que as teses da Comissão Reed fossem finalmente aceitas pela comunidade científica internacional. Os novos métodos de combate à febre amarela empregados nessas campanhas foram tão eficazes que, em 1911, Gorgas falava no desaparecimento da doença (Strode, 1951). Em 1915, o General foi recrutado pela Fundação Rockefeller para a sua então recém-criada Comissão de Saúde Internacional (CSI) que, a partir desse momento, endossaria a meta de erradicar a febre amarela. Como resultado, em 1918, logo após o término da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), foi lançada a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller.

## Histórias da Erradicação

A Fundação Rockefeller, criada no estado de Nova York, em 1913, desempenhou o papel de pioneira no desenvolvimento de campanhas sanitárias embasadas no conceito de erradicação. No período anterior à Segunda Guerra Mundial, a organização filantrópica norte-americana empreendeu campanhas de erradicação da ancilostomíase, da malária e da febre amarela. No pós-guerra, a ideia foi encampada também pela Organização Sanitária Pan-Americana (OSP) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em campanhas contra a febre amarela, a bouba, a malária, a varíola e, mais recentemente, contra a poliomielite, o sarampo, a rubéola e a dracunculose/doença do verme-da-guiné (*guinea-worm disease*). Tais campanhas figuram entre as maiores, mais complexas e dispendiosas iniciativas já implementadas no campo sanitário. O desenvolvimento de cada uma delas envolveu a participação e o apoio de numerosos governos nacionais e dependeu de um grau de cooperação difícil de ser alcançado na arena internacional. Elas também absorveram recursos – técnicos, financeiros, humanos e políticos – de importantes organizações internacionais da saúde, como a OSP e a OMS, e das maiores organizações filantrópicas já existentes, como a Fundação Rockefeller, no período anterior a Segunda Guerra Mundial, e a Fundação Bill e Melinda Gates atualmente.

Como destaca Stepan (2011: 11), as histórias da erradicação são muitas. Elas incluem a história do império, a história das ciências médicas e

suas tecnologias, a história de diferentes definições de *público* e *saúde pública*, a história das organizações internacionais de saúde e de suas ideologias e lideranças, a história da Guerra Fria e a história da mudança da *saúde internacional* para a *saúde global*. Alguns aspectos dessas histórias foram contados por muitos pesquisadores.

As campanhas de erradicação da Fundação Rockefeller nas décadas de 1910, 1920 e 1930 são um objeto de pesquisa cada vez mais valorizado pelos historiadores da saúde internacional. Farley (2004), por exemplo, estudou-as em seu livro sobre a Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller, em uma tentativa de traçar um quadro da política sanitária da agência, implementada em diversas partes do mundo. Cueto (1995, 1996a) também analisou essas campanhas, em conjunto, procurando identificar os ciclos de erradicação de doenças na América do Sul entre 1918 e 1940. Cueto demonstrou como a erradicação de doenças infecciosas no continente se tornou uma iniciativa popular entre muitas autoridades sanitárias norte-americanas no começo do século XX. Em sua opinião, tal preocupação emergiu em virtude de uma complexa combinação de razões técnicas e políticas, que incluíam o sucesso de esforços locais de erradicação no começo do século, tais como aqueles empreendidos sob a liderança de Gorgas em Havana e na zona do Canal do Panamá, o receio de que a América Latina pudesse infestar ou reinfestar os Estados Unidos e a percepção de que era necessário proteger aquelas regiões que Washington considerava sob sua influência econômica.

As campanhas da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase desenvolvidas em diversos países das Américas nas décadas de 1910 e 1920, por sua vez, só recentemente mereceram a atenção dos historiadores. Birn (1993, 2006, 2008), Birn e Solorzano (1997) e Palmer (2004, 2009, 2010, 2015) são pioneiros nas pesquisas sobre esse objeto, dedicando-se a estudar, respectivamente, a campanha no México e na América Central. Palmer (2009, 2010, 2015) foi o primeiro a analisar as campanhas contra a ancilostomíase implementadas pela Fundação Rockefeller em seis países da América Central, na década de 1910, como um único programa, que teria sido responsável pela emergência da saúde global, cujas raízes seriam, então, periféricas e não “imperiais”. Em um estudo específico sobre a campanha contra a ancilostomíase da Fundação Rockefeller na Costa Rica, Palmer (2004) analisou em que medida os indivíduos, grupos intelectuais e instituições do país foram capazes de transformar os esforços da organização em um veículo para a consolidação de um projeto de saúde

pública já existente, elaborado localmente, oferecendo uma comparação inicial com a experiência dos demais países centro-americanos. As campanhas contra a enfermidade desenvolvidas na América do Sul, sobretudo no Paraguai e no Brasil, contudo, ainda não mereceram uma análise por parte dos historiadores.[15] Esse é o caso também do programa contra a bouba, que Cueto abordou em sua obra sobre a Organização Pan-Americana da Saúde (Cueto, 2007a) e que só recentemente tornou-se objeto de pesquisas inovadoras.[16]

Com relação à febre amarela, dentre as pesquisas realizadas que tinham como objeto as campanhas contra a doença implementadas pela Fundação Rockefeller em diversos países das Américas, a partir de 1916, destaco os trabalhos de Birn (1993, 2006) sobre as atividades da organização no México. Neles, a autora analisou como as campanhas contra a ancilostomíase e a febre amarela, a organização de unidades cooperativas de saúde rural e a concessão de bolsas para profissionais da saúde pública estudarem em universidades norte-americanas – atividades desenvolvidas conjuntamente pela Junta de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller e o governo mexicano entre as décadas de 1920 e 1940 – moldaram o conceito e a prática da saúde pública no México e foram decisivas para a montagem de uma infraestrutura sanitária no país. Segundo Birn, a cooperação foi possível porque o governo mexicano buscava consolidar a autoridade estatal sobre todo o território nacional no cenário pós-revolucionário e as atividades sanitárias desenvolvidas pela Fundação Rockefeller eram uma forma de alcançar tal objetivo. A organização filantrópica norte-americana, por sua vez, necessitava da cooperação estatal para o desenvolvimento de programas sanitários no país. Existia, então, uma convergência de interesses – um *casamento de conveniência* – entre a Fundação Rockefeller e o governo revolucionário mexicano que contribuiu para o desenvolvimento do campo da saúde pública no país.

A campanha da Fundação Rockefeller contra a febre amarela no México também foi objeto de estudo de Solorzano (1994). O autor analisou como as diferentes condições políticas e econômicas de duas províncias mexicanas (Yucatán e Veracruz) alteraram de forma substancial os objetivos e as técnicas utilizadas pela Fundação Rockefeller em suas campanhas sanitárias no país. Solorzano demonstrou como a organização filantrópica norte-americana buscou uma maior interação com a população local na campanha contra a febre amarela desenvolvida nos anos 1920, em Veracruz, como uma forma de reverter o forte sentimento antiamericano existente na região, uma característica que não se fez presente na campanha contra a mesma

doença em Yucatán. De forma oposta, Cueto (1992) demonstrou que os esforços empreendidos pela Fundação Rockefeller para a erradicação da febre amarela da costa norte do Peru tiveram um forte caráter autoritário, com pouco espaço para a negociação e a interação com a população. Quevedo e colaboradores (2004), por sua vez, analisaram a história da saúde pública na Colômbia entre o fim do século XIX e a primeira metade do século XX, com base em suas relações com a saúde internacional e a política externa, destacando o papel desempenhado pela campanha de erradicação da febre amarela da Fundação Rockefeller no desenvolvimento do campo sanitário no país.

Com relação ao Brasil, a primeira tentativa de contar uma história da febre amarela no país foi de Odair Franco (1969), ex-dirigente do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Com base em documentos oficiais e em sua própria experiência como participante das atividades de combate à doença no Brasil e nas Américas, o autor traçou um amplo panorama sobre a febre amarela no país, abarcando sua origem e propagação no território brasileiro em meados do século XIX, as pesquisas sobre a doença realizadas por Pasteur, Finlay, Reed, Ribas e Oswaldo Cruz, os acordos estabelecidos entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller e as leis criadas no país visando ao combate à enfermidade.

A campanha da Fundação Rockefeller contra a febre amarela no Brasil foi objeto de um estudo de Williams (1994). Nele, o autor analisou como o plano da organização de criar um programa de combate à doença no Rio de Janeiro motivou uma série de controvérsias entre os especialistas norte-americanos e médicos e sanitaristas brasileiros acerca dos métodos mais adequados para tal tarefa, gestão de pessoal e alocação de recursos que, na sua opinião, impediram que os esforços da organização fossem bem-sucedidos nos anos 1920. Williams destaca a postura pragmática que alguns funcionários da Fundação Rockefeller adotaram no Brasil como forma de convencer a comunidade médico-sanitária nacional acerca da necessidade de um programa unificado de erradicação da febre amarela. Benchimol (2001, 2004), que também analisou a campanha da Fundação Rockefeller contra a febre amarela no Brasil, atribui a resistência inicial dos sanitaristas brasileiros às atividades desenvolvidas pela organização no país e os atritos entre eles e os especialistas norte-americanos à densidade do campo médico brasileiro. O autor estudou também os intercâmbios de estudos, pesquisadores e materiais de pesquisa realizados entre Brasil

e Japão, nos anos 1920, a partir da trajetória do médico japonês Hideyo Noguchi (Benchimol *et al.*, 2009).

Os esforços realizados conjuntamente pelo governo brasileiro e a Fundação Rockefeller para controlar a febre amarela no Brasil, na primeira metade do século XX, também foram objeto de estudo de Lowy. Em sua análise, a autora privilegiou as interações entre especialistas norte-americanos e brasileiros no período de desenvolvimento da campanha, assinalando as suas consequências para os campos da epidemiologia e da imunologia da doença (Lowy, 1997) e enfatizando o papel que os métodos de visualização dos agentes e vetores de doenças transmissíveis desempenharam para a elaboração de políticas de saúde pública no Brasil (Lowy, 1999). Em um livro sobre o tema, ela montou um cenário povoado por viagens científicas, discussões sobre a etiologia e a epidemiologia da febre amarela, coletas e análises de laboratório, vírus, produção de uma vacina contra a doença e diferentes métodos de controle dos mosquitos como forma de enfatizar a circulação de pessoas, ideias, materiais e conhecimentos entre o Brasil e os Estados Unidos na busca de uma solução para o flagelo amarílico e de se contrapor à ideia de uma transferência unilateral de saberes e técnicas do centro para a periferia (Lowy, 2006).

Nos estudos supracitados evidenciaram-se as diferentes formas de recepção da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller em cada país onde foi implementada, os problemas enfrentados e as variações que ela assumiu em cada contexto local, bem como as negociações e mudanças no plano original que tiveram de ser efetuadas para que as suas atividades se adaptassem às condições locais. Essas histórias, no entanto, se concentraram nas primeiras décadas do século XX, mais precisamente no período entreguerras (1918-1939), e focalizaram a atuação da Fundação Rockefeller nos cenários locais a partir de uma moldura nacional. Embora as campanhas nacionais fossem institucionalmente idênticas e tenham sido implementadas localmente no mesmo período histórico e espaço geopolítico, não há trabalhos que as abordem em conjunto, como parte da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, lançada pela Fundação Rockefeller em 1918. A ênfase nas características, desenvolvimentos e resultados distintos de cada uma delas frequentemente eclipsa o fato de que todas estavam vinculadas a um programa de erradicação único e de abrangência mundial, formulado e desenvolvido por uma mesma organização internacional, no caso a Fundação Rockefeller, sobre a qual, inclusive, as análises variaram ao longo do tempo.[17]

As primeiras análises sobre a Fundação Rockefeller surgiram nas décadas de 1950 e 1960. Em tais estudos, informados pela teoria da modernização, investigaram-se as atividades sanitárias internacionais da organização filantrópica norte-americana como precursoras de todo o aparato mundial de saúde que emergiu no pós-Segunda Guerra Mundial direcionado para a erradicação das doenças.[18] Essa perspectiva passou a ser criticada no fim dos anos 1960 por pesquisadores que afirmavam que a Fundação Rockefeller era um braço do imperialismo norte-americano. A filantropia dos Rockefeller em geral e as campanhas contra doenças como a ancilostomíase, a febre amarela e a malária em particular foram consideradas como operações destinadas a melhorar as condições de saúde da força de trabalho dos países periféricos, de modo a aumentar os lucros dos países centrais e das oligarquias locais, ao mesmo tempo que tornavam esses países e as suas populações cada vez mais dependentes da medicina ocidental, que teria nos Estados Unidos o seu quartel-general.[19] A partir dos anos 1980, sem abandonar por completo uma postura cética em relação à Fundação Rockefeller, os historiadores começaram a atentar para a complexidade dos encontros entre uma instituição em permanente mudança e uma variedade de realidades políticas e culturais. Nessa época, os perfis dos funcionários da Divisão de Saúde Internacional também se tornaram mais simpáticos, e as reais motivações da Fundação Rockefeller foram, de certa maneira, relativizadas.[20]

Contudo, apesar de um maior interesse dos historiadores da Fundação Rockefeller em ressaltar o papel dos atores e instituições sanitárias locais, o pressuposto difusionista, segundo o qual conhecimento e poder são essencialmente irradiados da metrópole para a periferia, ainda persiste. Nesse sentido, o presente livro se insere dentre aqueles estudos que defendem que o formato e o desfecho que tiveram os programas implementados pela organização filantrópica norte-americana em diversas partes do mundo resultaram muito mais das dinâmicas históricas locais do que da aplicação de cima para baixo do que seria um *modelo norte-americano de saúde pública*.

Desse modo, a perspectiva metodológica que norteou a pesquisa está vinculada à crítica da *visão imperialista*, de acordo com a qual se entendem as atividades de organizações internacionais como a Fundação Rockefeller como parte de um suposto imperialismo científico e sanitário dos Estados Unidos. Ao contrário, adotou-se uma perspectiva de análise orientada pela ideia de troca, de uma *via de mão dupla*, caracterizando as relações

entre os governos nacionais e tais organizações. Tal perspectiva pressupõe o reconhecimento da existência de diversos cenários, construídos em diferentes circunstâncias e por variados atores, no estabelecimento de intercâmbios médico-científicos entre sanitaristas norte-americanos e os seus pares em outros países. Compreende-se, portanto, que tal processo deve ser analisado a partir da interação entre as ideias, os atores e as instituições inseridos em um determinado contexto sócio-político.

Nesse sentido, buscou-se apoio nos estudos de um grupo de historiadores da medicina e da saúde pública – a maior parte dos quais brasileiros – que, de forma pioneira, recusaram a ideia de que as comunidades médicas locais adotaram passivamente ou simplesmente adaptaram a ciência originada nas metrópoles europeias e nos Estados Unidos. Enquanto procuram identificar exemplos de descobertas científicas originais na periferia, direcionam as suas análises para a maneira pela qual o discurso médico e sanitário contemporâneo foi reconfigurado seletivamente e de maneira criativa, de modo a atender as prioridades produzidas pelas dinâmicas nacionais, regionais e locais.[21]

A preocupação com as condições de recepção das normas, prescrições e da ação modernizadora como um todo nas esferas nacionais também norteou a elaboração da coletânea de artigos organizada por Joseph, Le Grand e Salvatore (1998), intitulada *Close Encounters of Empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations*. No volume, cujo objeto são as chamadas relações "imperiais" interamericanas, os autores introduzem um elemento até então ausente dos estudos sobre as relações centro-periferia no contexto do desenvolvimento: a cultura. Eles procuram se diferenciar das análises dominantes, que têm como preocupação central as relações político-econômicas. Para tanto, adotam um foco mais restrito em seus estudos na expectativa de iluminar a dimensão cultural presente nas relações entre a hegemônica potência do Norte – o *império* norte-americano – e as demais nações do continente.

No primeiro artigo do livro, de autoria de Joseph (1998) e intitulado "Close encounters", os autores se contrapõem às teorias do imperialismo, do sistema mundial e da dependência, na medida em que as mesmas conferem à dimensão cultural um papel secundário. Em tais teorias, retira-se de cena a própria dimensão histórica pois, na busca de uma análise sistêmica, adotam uma perspectiva economicista na qual tudo é reduzido aos fluxos de capitais, mercadorias e tecnologias, desconsiderando-se os espaços de movimentação dos atores sociais e a sua historicidade. O autor se propõe,

então, a refinar alguns resultados alcançados por elas, por meio de sua decomposição e da consequente explicitação de toda a gama de domínios e formas, agentes e mediadores, assim como identidades sociais, culturas materiais e formas de organização do Estado presentes nos *encontros íntimos* entre os Estados Unidos e os demais países das Américas.

Em "The decentered center and the expansionist periphery: the paradoxes of foreign-local encounter", outro artigo do volume, Stern (1998) segue o rastro aberto por Joseph. Ele argumenta, por exemplo, que a categoria "sistema mundial", bem como os seus representantes e instituições hegemônicas em uma dada região, não se caracterizam por um conjunto unificado de entidades, mas sim como arenas de poder, formação estatal e conflito cultural. Ao analisar os domínios da economia política e das políticas estatais, Stern apresenta um novo marco conceitual para os estudos das relações centro-periferia, calcado nas categorias de descentramento – processo mediante o qual identidades e estruturas de poder sofrem uma reconfiguração na periferia – e de periferia expansionista – que pressupõe o entendimento das regiões periféricas como lócus de processos vigorosos que não só alteram como ressignificam os sentidos originais da relação. De acordo com o autor, esses processos históricos envolveriam necessariamente uma mistura complexa de intimidade e estranhamento, imposição e mediação, segregação, dicotomização e interação transcultural.[22]

A discussão e comparação de padrões de interação entre instituições internacionais e locais e os seus efeitos sobre as políticas nacionais, em termos de continuidade e ruptura, implica uma adesão aos pressupostos do institucionalismo histórico, segundo o qual se concebem as instituições como constrangimentos à ação e interação humanas.[23] Pressupõe considerar também os conceitos de *policy feedback* e *path dependence*, que permitem identificar conjunturas específicas, nas quais são feitas escolhas que, uma vez determinadas, diminuem a possibilidade de trajetórias alternativas; ou aquelas que tornam possíveis correções de rotas nas políticas então adotadas (Mahoney, 2000). Essa comparação também pressupõe a consideração das arenas políticas relevantes para a formulação, decisão e desenvolvimento de programas e campanhas e as mudanças que incidem sobre eles em diferentes contextos políticos (Immergut, 1992).

O tempo e o contexto são fundamentais para a análise; a ordem cronológica entre a adoção de uma determinada política internacional e a implementação de programas e campanhas no plano nacional é crucial, assim como a inserção de ambos em contextos políticos específicos.

Um fator importante nesse processo é a existência ou a criação de "comunidades epistêmicas" (Haas, 1992) e de "redes transnacionais" (Crawford, Terry & Sorlin, 1993; Clavin, 2005), que se movimentam entre as esferas infranacionais, nacionais e internacionais.

As teorias e os conceitos expostos até aqui me ajudaram a entender como, no pós-Segunda Guerra Mundial, em plena vigência da Guerra Fria e de planos e ideias de desenvolvimento, foi gestado um ambiente propício à produção de "normas" relativas à introdução de políticas sociais de cunho modernizador nas Américas e como a recepção de tais normas pelas esferas locais foi um processo complexo e multifacetado. A Opas é parte importante desse cenário ao se constituir, a um só tempo, em uma produtora de normas, um aparato de desenvolvimento e uma arena de disputa e de encontro de especialistas.[24] A formulação e implementação da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* pelo organismo sanitário interamericano faz parte desse movimento e constitui-se em um momento privilegiado para o seu entendimento.

A trajetória institucional da Opas e a sua atuação nas Américas, sobretudo no pós-Segunda Guerra Mundial, têm merecido a atenção dos pesquisadores nos últimos anos. Essa situação se deve, em grande medida, ao centenário da organização celebrado em 2002, evento que motivou a publicação de trabalhos comemorativos, como o de George Alleyne (2002), então diretor da Opas, e de Chávez e Cuthbert (2003), da Fundação Kellogg, e de análises que privilegiavam as relações entre o organismo sanitário interamericano e um país específico, como a de Lima (2002) sobre o Brasil, Garcia e Pincharso (2002) sobre Cuba, Hernández, Obregón e Miranda (2002) sobre a Colômbia e Veronelli e Testa (2002) para a Argentina. Faltava, contudo, uma história geral da organização, desde os seus primórdios, que examinasse o seu papel no desenvolvimento do campo da saúde pública nas Américas como um todo. Essa lacuna foi preenchida em 2007 com a publicação do livro de Cueto, o *Valor da Saúde*, no qual ele investiga a história e as atividades da Opas nos seus cem anos de existência e traça um perfil dos seus diretores e principais personagens, com ênfase no período que vai até meados dos anos 1970. O autor dedicou uma parte importante do seu livro ao período de 12 anos em que Fred Soper esteve à frente da organização (1947-1958), marcado pela implementação de campanhas de erradicação contra doenças como a bouba (1949), a varíola (1950) e a malária (1954) e pelo crescimento e fortalecimento do organismo sanitário no pós-Segunda Guerra Mundial (Cueto, 2007a).

Em artigos anteriores, o historiador já havia salientado o importante papel desempenhado por Soper na reafirmação do conceito de erradicação nos anos 1930 (Cueto, 1995, 1996a). Em ambos, no entanto, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* não é destacada.

Apesar do seu papel central no desenvolvimento e implementação do conceito de erradicação, Soper é uma figura relativamente esquecida no campo sanitário e pouco conhecida fora dos círculos da história da saúde internacional. Sobre a sua vida e carreira, nós dispomos de uma autobiografia (Soper & Duffy, 1977, 1979) e de um artigo publicado em meados da década de 1970 (Waserman, 1975). Soper não aparece com destaque nem mesmo nas histórias oficiais da Fundação Rockefeller, escritas por seus funcionários e dirigentes. Como exemplo, podemos citar o livro *Yellow Fever*, escrito em 1951 por George K. Strode, diretor da Divisão de Saúde Internacional (1944-1951), para celebrar a descoberta da vacina 17D pelos pesquisadores da Fundação Rockefeller. Nele, as atividades de combate à febre amarela desenvolvidas por Soper no continente americano por mais de vinte anos foram relegadas a um lugar secundário, com toda a ênfase sendo dada à identificação do vírus da enfermidade e à descoberta de uma vacina contra ela, primeiro em 1927 e, depois, em 1937, fatos considerados pela organização filantrópica norte-americana como os que mais contribuíram para a conquista final sobre a doença (Strode, 1951). Nessa história da luta da Fundação Rockefeller contra o flagelo amarílico, centrada no vírus, o espaço destinado a Soper foi pequeno, nem mesmo uma fotografia, como destacou Lowy (1997). Na época em que o livro de Strode foi publicado – início dos anos 1950 –, a Divisão de Saúde Internacional havia sido fechada, e a Fundação Rockefeller tinha abandonado o trabalho prático de saúde pública para se concentrar nas pesquisas sobre a doença, o que implicou o abandono da meta de erradicar o mosquito *Aedes aegypti*, tal qual Soper advogava.

Mais recentemente, alguns autores têm destacado, em maior ou menor grau, o papel desempenhado por Soper no campo da saúde internacional em diferentes momentos do século XX. Gladwell (2001), por exemplo, publicou um artigo no qual apresentou uma visão positiva do ex-diretor da Opas, destacando sua proeminência nas campanhas de erradicação de doenças. Benchimol (2001), por sua vez, enalteceu a atuação de Soper na reorganização da campanha contra a febre amarela da Fundação Rockefeller, no Brasil, nos anos 1930, o mesmo podendo ser dito dos trabalhos de Lowy (1997, 1999, 2006). Destaque semelhante foi dado por

Farley (2004), que teve o mérito, inclusive, de acompanhar a trajetória de Soper no Egito e na Europa nos anos da Segunda Guerra Mundial. Stepan (2011) escreveu recentemente uma história do conceito de erradicação, usando a carreira de Soper como fio condutor de sua narrativa. Na opinião da autora, a atuação e as atividades conduzidas por esse personagem foram fundamentais para a crescente importância que as campanhas de erradicação de doenças adquiriram na segunda metade do século XX.

Ao centralizar a sua análise na trajetória de Soper e em sua atuação para a consolidação do conceito de erradicação no pós-Segunda Guerra Mundial, Stepan (2011), no entanto, desvaloriza a função cumprida por médicos e sanitaristas latino-americanos em geral, e brasileiros em particular, para a afirmação dessa ideia nas décadas de 1930 e 1940, durante o desenvolvimento da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller na região. Justamente por tal motivo, a autora também não dá o devido destaque à Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* como o ápice da cooperação interamericana na área da saúde e como o primeiro programa sanitário internacional embasado pelo conceito de erradicação implementado no pós-Segunda Guerra Mundial.

Stepan (2011) não está preocupada com a cooperação internacional em saúde na América Latina. O foco de seu estudo sobre o conceito de erradicação está na Europa e nos Estados Unidos e nas organizações do sistema das Nações Unidas, daí o destaque que ela dá ao Programa de Erradicação da Malária (1955) e à Campanha Mundial para a Erradicação da Varíola (1959), ambos implementados pela OMS. A Campanha Continental é descrita como o resultado de uma iniciativa pessoal de Soper e como uma evidência do prestígio que ele gozava entre os profissionais e organizações de saúde pública, sobretudo na América Latina. Embora analise o conceito de erradicação ao longo do século XX, Stepan não vê nenhum vínculo entre a Campanha Continental implementada pela Organização Sanitária Pan-Americana (OSP) no pós-Segunda Guerra Mundial e aquela desenvolvida pela Fundação Rockefeller no período entreguerras. As campanhas são tratadas como dois programas sanitários distintos, implementados por organizações diferentes, em contextos históricos específicos e sem nenhuma relação uma com a outra.

Neste livro sobre a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, procuro estabelecer um diálogo com a literatura que analisou os programas internacionais de erradicação implementados por organizações

como a Fundação Rockefeller, no entreguerras, e a OSP e a OMS no pós-Segunda Guerra Mundial. Considero que a Campanha Continental da OSP contribuiu para a consolidação da filosofia erradicacionista no campo da saúde internacional, nas Américas, e que a sua proposição e implementação revelam o grau de cooperação interamericana em saúde atingido pelas nações da região no período considerado. Na análise privilegiam-se os aspectos de continuidade entre a campanha da Fundação Rockefeller e a da OSP – na verdade a mesma campanha, conforme defendo –, o protagonismo das repúblicas latino-americanas na manutenção da campanha ativa no continente nos anos da Segunda Guerra Mundial, quando a Fundação Rockefeller deixou de participar das atividades de combate à doença, e as discussões e negociações que levaram à sua reformulação e relançamento no pós-guerra.

Nós podemos identificar três aspectos na campanha contra a febre amarela desenvolvida nas Américas, entre 1918 e 1968, por diferentes organizações internacionais e em contextos históricos distintos, que definem a sua identidade e nos permitem perceber um padrão nos métodos empregados em sua implementação e desenvolvimento. O primeiro deles é a liderança de Soper em suas duas etapas, primeiro como representante da Fundação Rockefeller nas Américas, no período entreguerras, e depois como diretor da OSP no pós-Segunda Guerra Mundial. Outro aspecto é o embasamento da Campanha contra a febre amarela no conceito de erradicação, em um primeiro momento direcionado à doença, tal como se entendia nas décadas de 1920 e 1930 e, posteriormente, ao seu vetor – o mosquito *Aedes aegypti* – cuja eliminação passou a ser considerada a única forma de impedir as epidemias urbanas da doença após a descoberta de que nos animais silvestres do continente encontrava-se um reservatório natural para o vírus. Um terceiro fator é o papel de destaque dos médicos e sanitaristas brasileiros, na primeira etapa como colaboradores da Fundação Rockefeller e, no pós-guerra, dirigindo todas as fases da Campanha Continental, desde a sua implementação até o abandono das atividades, o que pode ser mensurado pela importância que o SNFA adquiriu nos anos 1940, quando passou a atuar no continente inteiro, auxiliando na implementação de programas de erradicação de *Aedes aegypti* em diversas repúblicas americanas.

Assim, como principal defensor do conceito de erradicação e articulador da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, Soper também está no centro da minha narrativa. O presente livro,

contudo, é mais do que uma avaliação de sua carreira no campo da saúde internacional. A importância de Soper para as Américas, a partir dos anos 1930, está na articulação das repúblicas americanas em torno do objetivo de erradicar *Aedes aegypti* do continente. Considero que a sua atuação contribuiu decisivamente para intensificar a cooperação interamericana em saúde, que já vinha sendo construída desde os anos 1920, em torno do problema da febre amarela. Essa maior articulação das repúblicas americanas na área da saúde foi impulsionada ainda mais com a sua eleição para a direção da OSP em 1947. A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, lançada neste mesmo ano, foi o ápice desse processo.

Soper dirigiu a OSP no período de auge da Guerra Fria, durante o qual as Américas foram envolvidas pelas ideias de "defesa hemisférica", "cooperação continental" e por um retorno do pan-americanismo (Cueto, 2007a). Tais palavras de ordem foram estimuladas pelos Estados Unidos, em consonância com a sua política de agrupar os países da região ao seu lado diante da ameaça socialista (Cohen, 1993). As campanhas de erradicação de doenças lançadas no pós-Segunda Guerra Mundial foram largamente impulsionadas por esse cenário, sobretudo o Programa de Erradicação da Malária, lançado pela OMS, em 1955, advindo daí o seu destaque na historiografia.[25]

Tais campanhas, no entanto, não podem ser reduzidas à condição de uma simples ferramenta de propaganda dos Estados Unidos durante a Guerra Fria. A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, por exemplo, foi lançada em 1947, quando as preocupações das superpotências não estavam concentradas nas Américas, mas sim na reconstrução da Europa no pós-guerra e nos continentes africano e asiático, onde, nas muitas colônias europeias, iniciavam-se movimentos de independência. O governo norte-americano, inclusive, não se envolveu nas articulações que levaram à Campanha Continental, embora tenha apoiado o seu lançamento. Desse modo, mais do que um produto do contexto político da Guerra Fria e dos seus impactos sobre o campo da saúde internacional, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* foi consequência de uma maior cooperação das repúblicas americanas na área da saúde, capitaneada por Soper, e que vinha desenvolvendo-se desde a década de 1920.

# 1

# A Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller e as Origens da Saúde Internacional

As primeiras décadas do século XX assinalaram uma renovada preocupação com as questões sanitárias nas Américas, em virtude do aumento do comércio internacional na região. A criação da Fundação Rockefeller, no estado de Nova York, em 1913, daria um novo ímpeto à luta contra as doenças no continente, coroando mais de duas décadas de atividades filantrópicas desenvolvidas pela família Rockefeller, em associação com a Igreja batista. Em seus primeiros anos, a Fundação Rockefeller se dedicou a implementar programas sanitários, primeiramente no sul dos Estados Unidos, o que se coadunava com o destaque dado à medicina e à saúde pública como áreas prioritárias de sua intervenção. Ainda em 1913, foi criada a sua Comissão de Saúde Internacional (CSI), com a qual a organização filantrópica norte-americana esperava expandir o seu raio de ação para as Américas. Os primeiros alvos de sua intervenção sanitária no continente foram a ancilostomíase, a malária e a febre amarela.

Em 1916, a Fundação Rockefeller foi a responsável pelo lançamento da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, o primeiro programa internacional de saúde destinado a eliminar uma doença em escala global. Em um primeiro momento, os especialistas norte-americanos se dedicaram a investigar e combater o flagelo amarílico nas Américas para, em seguida, dar início às atividades na África, do outro lado do Atlântico.

Desse modo, foi criada uma Comissão de Febre Amarela, composta por alguns dos maiores especialistas na doença da época, que, a partir de 1916, empreendeu uma série de viagens pelo continente americano, com o objetivo de identificar os principais focos endêmicos na região. Nessa época, acreditava-se que era possível erradicar a febre amarela pela redução da densidade do mosquito *Aedes aegypti* de algumas poucas cidades, consideradas focos-chave, responsáveis pela disseminação da enfermidade para outras partes das Américas. Nos anos seguintes, campanhas contra a doença foram organizadas nos países que abrigavam os principais focos-chave do continente. O último ato da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, nas Américas, deveria ocorrer no Brasil, país que, àquela altura, já tinha toda uma tradição em estudos sobre a enfermidade e suas formas de combate, que remontava às últimas décadas do século XIX. Em um primeiro momento, essa tradição vai entrar em choque com as práticas e os métodos trazidos pelos norte-americanos.

Paralelamente às atividades que se desenvolviam no continente americano, a partir de 1920 os membros da Comissão de Febre Amarela da Fundação Rockefeller começaram também a inventariar a situação da doença na África. Especialistas norte-americanos foram enviados ao continente onde, inclusive, um laboratório de estudos sobre a febre amarela foi criado. Na África, uma série de descobertas revelaram que a epidemiologia da doença era muito mais complexa do que se supunha até então e que as bases sobre as quais se assentava a campanha da Fundação Rockefeller não eram tão sólidas quanto se pensava.

Enquanto descobertas inovadoras sobre a febre amarela eram realizadas no continente africano, colocando em xeque os conhecimentos existentes sobre a doença, nas Américas, mais precisamente no Brasil, alguns acontecimentos dramáticos ocorridos no fim dos anos 1920 invalidaram de vez as antigas certezas que informavam as atividades mundiais de combate à enfermidade. Nesse cenário, a Campanha Mundial desenvolvida pela Fundação Rockefeller desde 1916 entrou em um momento crítico.

O objetivo deste capítulo é analisar a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller, nas Américas e na África, cobrindo os seus dez anos iniciais: desde o lançamento de fato, em 1918, logo após o término da Primeira Guerra Mundial, até o ano 1928, quando uma grave crise levou ao questionamento dos seus principais pressupostos, colocando em risco a sua continuidade. Para tanto, em um primeiro momento, traçarei um histórico da Fundação

Rockefeller, com destaque para as suas origens e os primeiros programas sanitários desenvolvidos pela organização filantrópica norte-americana no sul dos Estados Unidos e nas Américas. Em seguida, analisarei a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela propriamente dita, enfatizando as articulações que levaram ao seu lançamento em 1918, a sua implementação nos continentes americano e africano, bem como os principais pressupostos práticos e epidemiológicos que orientavam as atividades de combate à enfermidade entre meados da década de 1910 e o fim dos anos 1920. Em um terceiro momento, a minha análise recairá sobre o Brasil, o último país das Américas a receber a cooperação da Fundação Rockefeller, nos marcos da Campanha Mundial, e onde a vitória final sobre a febre amarela deveria ser conquistada. Por fim, na quarta parte deste capítulo eu analisarei o impacto de alguns acontecimentos e descobertas, na África e nas Américas, sobre a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, que abalariam os seus pilares de sustentação e ameaçariam a sua continuidade.

## As Origens da Fundação Rockefeller e as Primeiras Campanhas Sanitárias da Organização contra a Ancilostomíase no Sul dos Estados Unidos e nas Américas

As origens da Fundação Rockefeller remontam ao período que se seguiu ao término da Guerra de Secessão (1861-1865), quando os Estados Unidos ingressaram em uma época de intenso crescimento capitalista. O incremento da industrialização e a rápida expansão da rede ferroviária contribuíram para a integração econômica das diversas regiões do país. Nesse contexto, houve um acelerado processo de concentração de capitais, com as maiores empresas passando a controlar as principais atividades produtivas. Por volta de 1890, as corporações respondiam por ¾ de toda a produção industrial norte-americana, o que evidenciava a sua condição de grandes beneficiadas pelos resultados econômicos da guerra civil. Os homens que as comandavam, por sua vez, tornaram-se os principais responsáveis pela nova ordem econômica norte-americana (Brown, 1979: 16).[26]

Um desses homens era John Davison Rockefeller, cuja família havia feito fortuna ao longo de todo o século XIX com a construção de ferrovias e a extração de carvão, ferro, chumbo e, principalmente, petróleo através

da empresa Standard Oil. Durante a guerra civil, os lucros da companhia haviam se multiplicado em virtude do aumento do consumo de energia e do preço do petróleo. Ao término do conflito, John D. Rockefeller assumiu a direção da empresa e passou a investir na construção de refinarias, ampliando a já considerável riqueza da família. Por volta de 1880, a companhia Standard Oil refinava 95% do petróleo produzido nos Estados Unidos (Colby & Dennett, 1997).

A concentração de capitais por parte das grandes corporações norte-americanas na virada do século XIX para o XX, no entanto, transcorria paralelamente à degradação das condições de vida e trabalho da classe operária, que se havia expandido em número e organização, graças à incorporação dos imigrantes, que ingressavam em massa no país naquela época, e das populações das áreas atingidas pelo vertiginoso crescimento econômico. Os operários passaram a se organizar para lutar contra as jornadas excessivas de trabalho, os baixos salários, a frequente ameaça de desemprego e a exploração do trabalho infantil e feminino, dando origem a inúmeras greves e manifestações, além de críticas ferozes aos grandes capitalistas. O resultado dessa situação foi o surgimento de uma crescente hostilidade direcionada à burguesia emergente e a demanda pela intervenção do Estado na área social, em prol da melhoria da situação dos trabalhadores. A consolidação do capitalismo industrial nos Estados Unidos trouxe consigo, então, uma preocupação em minimizar as mazelas sociais decorrentes do acelerado processo de concentração de capitais. O recrudescimento da questão social impulsionava os críticos da nova ordem a exigir a intermediação do governo nas relações entre capital e trabalho, com a preservação da mão de obra, o que não agradava aos grandes capitalistas norte-americanos (Birn, 1993, 2006).

Foi em meio a esta crescente polarização política que programas sociais e projetos filantrópicos começaram a ser elaborados com maior intensidade. Através deles, procurava-se atenuar as contradições inerentes ao desenvolvimento econômico do país, sem alterar os pilares da sociedade norte-americana (Brown, 1979). O envolvimento das grandes corporações em atividades filantrópicas tornava desnecessária a intervenção do Estado nas questões sociais, inclusive na área da saúde pública. Assim, em sua gênese no começo do século XX, a filantropia norte-americana se caracterizou por seu caráter elitista, individualista e fortemente antidemocrático, o que ia de encontro às aspirações do movimento operário, que ansiava pela intervenção estatal na área social (Birn, 1993).

As primeiras atividades filantrópicas de John D. Rockefeller foram marcadas por uma estreita vinculação às obras assistenciais da Igreja batista. Seguidores da religião, os patriarcas da família Rockefeller dirigiam as suas atividades empresariais e filantrópicas de acordo com os ideais protestantes de dedicação ao trabalho e repulsa a qualquer tipo de ócio, extravagância e divertimentos. Rockefeller seguia rigorosamente esses ideais, pautando a sua vida, desde a juventude, no tripé trabalho, família e igreja (Brown, 1979). Em consonância com esses valores e com o objetivo de diminuir as críticas sobre os desequilíbrios sociais e econômicos que as atividades de suas empresas causavam, sobretudo no que se referia às expropriações de reservas indígenas e à exploração do trabalho dos nativos, a família Rockefeller passou a financiar a construção de escolas e o envio de missionários para essas áreas (Colby & Dennet, 1997). Criavam-se, assim, no seio da família, as condições necessárias para o surgimento de uma organização filantrópica com conduta, lógica interna e valores distintos da Standard Oil. Uma parte dos lucros da companhia petrolífera, interpretados sob a ótica do ideal protestante da predestinação, passaram, então, a ser destinados às atividades filantrópicas, entendidas como uma obrigação moral.

Os primeiros anos da década de 1890 assinalaram um aumento substantivo das ações filantrópicas da família Rockefeller. À época, John D. Rockefeller conheceu o reverendo Frederick T. Gates,[27] que rapidamente se transformaria em mentor e arquiteto da filantropia dos Rockefeller e no principal responsável pela aplicação de parte dos lucros da Standard Oil em ações assistenciais conduzidas pela Igreja batista, dentre as quais a formação de sociedades missionárias e o investimento em hospitais, bibliotecas e universidades (Birn, 1993). Em 1901, Gates conheceu o médico William H. Welch, que havia estudado patologia na Alemanha e que, de volta aos Estados Unidos, realizava pesquisas na Johns Hopkins Medical School. Nesse mesmo ano, Gates convidou Welch para ajudar na organização do Instituto Rockefeller de Pesquisas Médicas (Rockefeller Institute of Medical Research),[28] que passou a funcionar na Universidade de Chicago, uma instituição que também havia sido fundada pelos Rockefeller, em 1889 (Brown, 1979).

Welch fazia parte de um pequeno grupo de pioneiros que trouxe a bacteriologia para os Estados Unidos. Os paradigmas introduzidos pela nova ciência seriam de grande utilidade no combate às doenças transmissíveis. À medida que os bacteriologistas vinculavam determinados microrganismos a enfermidades específicas, eles pavimentavam o caminho para que o combate

às doenças infecciosas pudesse se dar sob uma base mais racional, criando as condições necessárias para que as autoridades sanitárias desenvolvessem as suas atividades em uma escala sem precedentes (Rosen, 1994).

A filantropia e a ciência médica reforçavam, assim, em torno de si próprias, o *status* de ferramentas indispensáveis ao progresso da humanidade e desprovidas de quaisquer interesses materiais diretos. A criação do Instituto Rockefeller de Pesquisas Médicas, em 1901, evidencia uma tentativa de articular os dois campos. Em seus primeiros anos de existência, a nova instituição recebeu de John D. Rockefeller cerca de duzentos mil dólares. Em 1909, o magnata do petróleo atingiria a marca de cinquenta milhões de dólares em investimentos nas áreas da saúde, educação, ciência e religião (Brown, 1979).

O aumento do volume de recursos destinados à filantropia contribuiu para que, em 1909, John D. Rockefeller e os seus conselheiros pleiteassem junto ao Senado norte-americano uma licença para dar continuidade às suas atividades assistenciais. Tal investida, contudo, não obteve êxito, em grande parte em virtude de denúncias de líderes da classe operária, que viam com reservas as ações de caridade da família Rockefeller. Somente quatro anos depois dessa primeira tentativa os Rockefeller conseguiram ter as suas atividades de filantropia reconhecidas pelas leis do estado de Nova York. Nascia, assim, em 14 de maio de 1913, a Fundação Rockefeller, a partir de uma doação de cinquenta milhões de dólares em ações da companhia petrolífera.[29] O objetivo declarado da Fundação era:

> Promover a civilização e ampliar o bem-estar dos povos dos Estados Unidos da América, de seus territórios e suas possessões, assim como daqueles dos países estrangeiros, por meio da aquisição e disseminação do saber, da prevenção e do alívio do sofrimento, e da promoção de todos os elementos do progresso humano. (Fosdick, 1989: 15)[30]

Diante da desconfiança generalizada, em seus primeiros anos a Fundação Rockefeller decidiu priorizar os investimentos em medicina e saúde pública, consideradas por seus dirigentes como áreas menos propensas a despertar resistências e gerar controvérsias (Birn, 1993). Gradualmente, os dois campos se constituíram em um terreno seguro, sobre o qual a Fundação assentou as bases de suas atividades filantrópicas dentro e fora dos Estados Unidos. Essa orientação constou, inclusive, do primeiro relatório da organização, no qual os seus representantes afirmavam existir:

> Um consenso geral de que o avanço da saúde pública através da pesquisa médica e da educação, incluindo a demonstração de métodos conhecidos de tratamento e prevenção de doenças, nos proporcionou a mais segura expectativa sobre sua utilidade.[31]

A crença de que a nova ciência da bacteriologia seria capaz de eliminar todas as doenças que afligiam a humanidade pautou as ações sanitárias da Fundação Rockefeller desde o início, transformando-se em seu princípio norteador básico. Como a doença era identificada como a principal causa da pobreza, a melhoria da saúde das populações passou a ser considerada o meio mais eficaz de eliminar os problemas econômicos e sociais. Em sintonia com essa ideia, em um primeiro momento a organização filantrópica norte-americana não patrocinou estudos que visassem estabelecer a relação entre elementos de ordem socioeconômica e a ocorrência de doenças (Brown, 1979).

A prioridade conferida às atividades sanitárias pela Fundação Rockefeller fica evidente em outro documento da organização:

> O real objetivo de nosso trabalho não é meramente conquistar novos conhecimentos sobre um número limitado de doenças, mas através de demonstrações concretas no controle destas "mazelas", fixar a atenção sobre os problemas de saúde pública, no sentido de educar o público (a população), e induzir os governos a darem mais atenção a esta necessidade fundamental da humanidade.[32]

Em consonância com o objetivo exposto, a primeira campanha de saúde pública da Fundação Rockefeller teve como alvo a ancilostomíase.[33] As suas raízes remontam ao ano de 1909, quando foi instituída a Comissão Sanitária Rockefeller para a Erradicação da Ancilostomíase (The Rockefeller Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm), dedicada ao combate à doença no sul dos Estados Unidos. Os seus membros eram o reverendo Gates, William Welch, John Rockefeller Jr., Simon Flexner, Charles W. Stiles, Edwin A. Alderman, David F. Houston, P. P. Clayton, J. Y. Joyner, Walter A. Page, H. B. Frissell, Starr J. Murphy e John Ferrel. Para o conjunto do empreendimento, John D. Rockefeller doou a quantia de um milhão de dólares. A direção da Comissão ficou a cargo de Wickliffe Rose (1862-1931), professor de filosofia da Universidade do Tennessee, antigo decano do Peabody College e da Universidade de Nashville e secretário do Southern Education Board.[34] Rose era um renomado profissional do campo da educação do sul dos Estados Unidos e tinha fama de ser um bom administrador. Contudo, os seus conhecimentos nas áreas de medicina, biologia e saúde pública eram praticamente nulos (Farley, 2004: 6-7).

Escolhê-lo para o cargo, em vez de um médico ou sanitarista, denota a grande importância conferida à educação em saúde nos primeiros tempos da intervenção sanitária da Fundação Rockefeller (Lowy, 2006).

De acordo com o médico norte-americano Victor George Heiser (1873-1972), que ingressou na Fundação Rockefeller em 1914, tornando-se diretor da organização filantrópica norte-americana para o Oriente (RF director for the East – 1914-1927), John D. Rockefeller desejava ações menos teóricas, após vários anos financiando projetos de ensino e pesquisa. Ele teria reunido, então, um renomado grupo de médicos e sanitaristas para questioná-los se existia uma doença que atingisse um grande número de pessoas e pudesse ser prevenida com medidas simples e fosse facilmente identificável, de modo que as camadas populares pudessem compreendê-la e serem convencidas de sua existência através de demonstrações em larga escala (Heiser, 1940).

A resposta foi dada pelo parasitologista Charles W. Stiles, chefe da Divisão de Zoologia do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e por Bailey K. Ashford, do Corpo Médico Naval do país, que realizavam estudos sobre a profilaxia da ancilostomíase em Porto Rico, região que os norte-americanos haviam conquistado em 1898, durante a Guerra Hispano-Americana. Procurando explicações para a anemia que se abatia sobre os habitantes de um distrito da ilha, Ashford descobriu os ovos e, posteriormente, os vermes do ancilóstomo. Ele levou os espécimes para os Estados Unidos para serem examinados por Stiles, que também se dedicava a pesquisas sobre a enfermidade, amplamente disseminada entre os trabalhadores agrícolas e das fábricas de algodão do sul do país. Stiles identificou o verme como uma nova variedade de ancilóstomo, a qual deu o nome de *Necator americanus*. Pesquisas posteriores mostraram, contudo, que, na realidade, essa variedade havia sido trazida da África junto com os escravos (Benchimol, 2001).

A escolha da ancilostomíase como o primeiro alvo das campanhas sanitárias da Fundação Rockefeller deveu-se tanto a razões científicas quanto econômicas. No plano científico, pesou o fato de a doença ser causada por um agente visível a olho nu e passível de ser eliminado de forma relativamente simples. Como os ovos do verme que causa a enfermidade estão presentes nos excrementos e podem sobreviver no solo, a contaminação ocorre principalmente quando se anda descalço. Dessa forma, na visão dos médicos, a solução do problema da transmissão da ancilostomíase era simples: para as pessoas infectadas, administração de

um vermífugo conhecido como timol, combinado com sais purgativos – os sais de Epson –, medida que deveria estar associada ao uso de calçados e de outros meios que prevenissem nova contaminação das latrinas. Mais tarde, o timol foi substituído por um medicamento de maior eficácia, ainda que ocasionalmente tóxico: o óleo quenopódio. No plano econômico, a doença era identificada como a causa da baixa produtividade dos trabalhadores sulistas, na medida em que enfraquecia consideravelmente os indivíduos que a contraíam, reduzindo a sua capacidade de trabalho (Ettling, 1981). Como afirma Lowy (2006: 124), "a preguiça natural das populações das regiões quentes, sua falta de entusiasmo para o trabalho, especialmente nas plantações, encontrou, desse modo, uma explicação científica e a esperança de um tratamento eficaz".

Entre 1910 e 1914, os membros da Comissão Sanitária Rockefeller para a Erradicação da Ancilostomíase viajaram por 11 estados norte-americanos, visitando diversas comunidades rurais. Contando com o apoio dos serviços sanitários dos estados do sul e de igrejas locais (Ettling, 1981), as suas atividades pautaram-se pela tentativa de disseminar entre a população as principais formas de tratamento da doença e conscientizá-la sobre o uso de calçados e a instalação de latrinas, medidas capazes de interromper a disseminação da enfermidade (Birn, 1993). Os funcionários da Fundação Rockefeller acreditavam que o sucesso do empreendimento estava condicionado à sua capacidade de articulação com as instituições educacionais e de saúde pública já existentes, que compartilhavam das tradições e práticas culturais locais. Mesmo assim o trabalho seria árduo. De acordo com informações discutidas em um encontro da organização, realizado em junho de 1913, em um universo de mais de dois milhões de pessoas infectadas pelo ancilóstomo nos estados do sul, a campanha havia conseguido atender cerca de quinhentos mil doentes.[35]

A campanha contra a ancilostomíase no sul dos Estados Unidos articulou, pela primeira vez, elementos-chave da ideologia que orientaria as atividades da Fundação Rockefeller no campo da saúde, quais sejam: a convicção de que a pobreza está relacionada, antes de tudo, com a ignorância e a saúde precária, e pode ser eliminada pela educação; o estreito vínculo entre a capacidade de trabalho dos indivíduos e o seu estado de saúde e bem-estar; a importância da mudança de hábitos e o abandono do estado "selvagem" por parte das populações que vivem em contato com a natureza como meios de difusão da civilização; o ideal de pureza em substituição à sujeira, encarnado na eliminação das fezes, que servia

de equivalente simbólico para a erradicação da doença.[36] Calcada nesses elementos, a campanha foi considerada um sucesso: quando as atividades da Comissão Sanitária Rockefeller para a Erradicação da Ancilostomíase foram encerradas, em 1913, a incidência da doença havia diminuído graças, sobretudo, a medidas simples como a construção de latrinas, a difusão da educação sanitária e o uso de calçados.[37]

Os resultados da campanha geraram duas convicções: que a Comissão Sanitária Rockefeller reunia condições para estender a outros países e pessoas o trabalho de erradicação da ancilostomíase e que o seu corpo de sanitaristas já dispunha do conhecimento necessário para transformar tal tarefa em realidade. A campanha de erradicação da enfermidade foi, então, ampliada nos estados do sul e estendida para as colônias britânicas.[38] De acordo com Birn (1993), a extensão e a ampliação do programa original foram acompanhadas pela adoção de novas ações, tais como a montagem de departamentos locais e permanentes de saúde, treinamento profissional e a educação sanitária da população.

Assim, o ano de 1913 assinalou o início dos preparativos para as primeiras campanhas sanitárias da Fundação Rockefeller fora dos Estados Unidos. De modo a dar suporte a tais atividades, nesse mesmo ano foi criada a Comissão de Saúde Internacional (International Health Comission) que, em 1916, teria o seu nome alterado para Junta de Saúde Internacional (International Health Board), passando a se chamar Divisão de Saúde Internacional (International Health Division) em 1927.[39] Para a direção do novo órgão sanitário da Fundação Rockefeller, a escolha recaiu mais uma vez sobre Wickliffe Rose (1913-1923).[40] Desde a sua criação, a Comissão/Junta/Divisão de Saúde Internacional recebeu uma importância crescente no campo sanitário. De acordo com Cueto (2007a: 53) "durante a primeira metade do século XX, a Fundação Rockefeller e sua poderosa Divisão de Saúde Internacional foram praticamente a única instituição filantrópica – sumamente influente – a abordar problemas de saúde internacional".

Em março de 1914, a CSI implementou um programa piloto de combate à ancilostomíase na Guiana Britânica e, no ano seguinte, iniciou operações na Costa Rica, Panamá, Guatemala, Nicarágua e Trinidade. Palmer (2010: 1), que se dedicou a estudar as campanhas implementadas nestes seis países em conjunto, sustenta que elas se constituíram "em um laboratório para descobrir e testar elementos de um sistema de saúde global para o século XX",[41] assinalando o início do que conhecemos hoje como *saúde global*.[42]

Como parte do projeto da Fundação Rockefeller de expandir a campanha contra a ancilostomíase realizada no sul dos Estados Unidos para outras regiões, entre os anos de 1916 e 1929 os seus especialistas fizeram um levantamento das condições médico-sanitárias de 15 países da América Latina. As informações recolhidas nos campos da medicina, educação, pesquisa médica, geografia e condições naturais contribuíram para um conhecimento mais apurado da realidade do continente. Os norte-americanos, contudo, avaliavam os elementos encontrados nas sociedades latino-americanas de forma isolada e superficial, interpretando-os como fatores indicativos do seu atraso, se comparados aos padrões norte-americanos. Uma parte importante das críticas foi direcionada à influência europeia nas universidades da região e à forte interferência do Estado sobre as atividades acadêmicas. Os funcionários da Fundação Rockefeller compartilhavam da ideia de que uma de suas principais tarefas era modernizar as instituições e práticas médicas latino-americanas com base no modelo oferecido pela própria Fundação, o que evidencia o objetivo de introduzir um novo paradigma para as campanhas sanitárias nas Américas. Essa atitude influenciou na elaboração dos relatórios, nos quais a superioridade dos modelos social e científico dos Estados Unidos diante da realidade encontrada no continente era constantemente reafirmada (Cueto, 1994b).

Os conhecimentos obtidos nos *surveys* que a Fundação Rockefeller realizou em diversos países das Américas passaram por um processo de reelaboração e ressignificação, de modo a se adequar às suas atividades na região. Tal fato evidencia que a atuação da organização filantrópica norte-americana no continente se deu em um espaço dotado de flexibilidade e negociação, duas características essenciais para o seu projeto de implementar campanhas sanitárias em países com características tão variadas do ponto de vista cultural e socioeconômico.[43] As diferentes realidades latino-americanas, somadas ao fato de a Fundação Rockefeller não estar explicitamente ligada ao governo norte-americano e de desenvolver programas de saúde sem fins lucrativos, contribuíram para facilitar a sua inserção no quadro médico-sanitário da América Latina. Além disso, a sua atuação na região ocorreu em um período no qual os governos latino-americanos estavam em plena fase de expansão da autoridade estatal. Nesse contexto, a Fundação Rockefeller pôde coordenar sistematicamente a sua intervenção em campo com os governos locais que, via de regra, estavam interessados na cooperação, capaz de facilitar a cobertura de regiões até

então pouco atingidas pelas ações sanitárias e pela infraestrutura de saúde pública (Castro-Santos, 1989). Cueto (1994b: 2) destaca que "os governos latino-americanos foram bem receptivos às atividades da Rockefeller pelo fato de estes governos estarem em um processo de expansão da legitimidade do Estado em um nível nacional". Esse projeto de legitimação estatal pressupunha a montagem de uma infraestrutura sanitária nacional, para a qual o auxílio da Fundação Rockefeller era bem-vindo.

## O Lançamento da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller e os Conhecimentos sobre a Doença nos Anos 1910 e 1920

Em seus primeiros anos de atuação nas Américas, a Fundação Rockefeller não definiu os alvos de sua ação sanitária em função do perigo que determinadas doenças representavam para a saúde pública do continente, preferindo direcionar os seus esforços prioritários para aquelas enfermidades cuja causa já era conhecida, que podiam ser eliminadas de maneira rápida e espetacular, e – elemento fundamental – que prescindissem de um ataque prévio aos problemas econômicos e sociais (Lowy, 2006). Uma declaração política da Fundação Rockefeller esclarece essa questão:

> Outras doenças, como a tuberculose, continuam sendo problemas graves de saúde pública, mas a tuberculose presta-se mal a demonstrações: os programas de luta contra esta doença são complicados, o trabalho é muito caro, os resultados são lentos, difíceis de medir, e não instigam a imaginação.[44]

Assim, embora a CSI tenha-se pautado pela tentativa de estender às Américas a campanha contra a ancilostomíase realizada no sul dos Estados Unidos, outras "doenças demonstrativas", como a malária e, principalmente, a febre amarela, também mereceram a atenção da organização filantrópica, pois se prestavam a uma demonstração da superioridade da saúde pública norte-americana.

No caso específico da febre amarela, a doença era, há muito tempo, um dos principais flagelos que castigavam as regiões tropicais do planeta, caracterizando-se por um início súbito, febre alta e vômito preto. Ao lado da malária, ela havia condenado a primeira tentativa de construção do

Canal do Panamá, em 1880, tendo também um forte impacto na Guerra Hispano-Americana, em 1898 (Stepan, 1978). No começo dos anos 1880, Carlos Finlay levantou a hipótese de que a enfermidade era causada por um germe que passava por transformações no organismo do mosquito *Culex* antes de infectar os seres humanos. O inseto seria, então, na opinião do médico cubano, o vetor da doença.[45] A hipótese de Finlay, contudo, só foi confirmada cerca de vinte anos depois por uma comissão militar liderada pelo médico norte-americano Walter Reed.[46] As pesquisas realizadas pela Comissão Reed atestaram que a febre amarela era transmitida por um único vetor – chamado na época de *Stegomyia fasciata* –,[47] que a espécie podia transmiti-la a novos hospedeiros cerca de 12 dias após se alimentar de sangue contaminado, que o homem era o seu único hospedeiro vertebrado e que era possível produzir a enfermidade a partir do sangue de uma vítima infectada, desde que coletado até dois dias seguintes à contaminação. Tais descobertas foram decisivas para que as forças de saúde pública eliminassem a doença de Havana e, em seguida, da Zona do Canal do Panamá, através, principalmente, do combate aos mosquitos vetores.[48] Além disso, embora não tenham sido capazes de identificar com precisão o agente etiológico da febre amarela – tentativas de cultivá-lo e de estabelecer uma linha de infecção em animais de laboratório falharam –, Reed e sua equipe demonstraram que se tratava de um "vírus" ultramicroscópico e filtrável, o que estreitou o campo dos possíveis causadores da doença, ao eliminar a possibilidade de ela ser causada por microrganismos maiores.[49]

Nas décadas de 1910 e 1920, a presença endêmica da febre amarela nas Américas do Sul e Central representava um obstáculo tanto para o desenvolvimento do comércio quanto das viagens internacionais, além de se constituir em um perigo permanente para o sul do Estados Unidos. A CSI convenceu-se, então, que a erradicação da doença era a primeira tarefa sanitária de âmbito mundial que poderia ser implementada com a expectativa de se obter resultados duradouros. Nesse quadro, em julho de 1914, o diretor da CSI, Wickliffe Rose, e o general William C. Gorgas, então cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (Surgeon General – United States Public Health Service – USPHS – 1914-1918), tiveram um encontro no qual começaram a delinear um programa de combate à febre amarela em escala mundial.

Gorgas havia-se notabilizado pela organização das campanhas de erradicação da doença em Havana, em 1901, e na Zona do Canal do Panamá, entre 1912 e 1914. Desde 1909, ele defendia que, mediante a aplicação

de medidas sanitárias adequadas e a eliminação sistemática dos focos da doença, "a febre amarela desaparecerá do hemisfério ocidental em dois anos" (Gorgas, 1909). Rose, por sua vez, tinha acabado de retornar de uma viagem ao Oriente, durante a qual constatou o temor das autoridades sanitárias britânicas e asiáticas diante da possibilidade de a febre amarela se disseminar pelo Extremo Oriente após a abertura do Canal do Panamá, que seria inaugurado em 15 de agosto de 1914.[50] Embora tivessem permanecido livres da enfermidade, as regiões tropicais da Ásia reuniam todas as condições para uma epidemia, caso fossem ligadas às áreas infectadas do Caribe (Cueto, 1992).

Ainda em 1914, Gorgas e Rose tiveram uma série de encontros com notórios especialistas em febre amarela, como Henry Carter, cujas pesquisas epidemiológicas haviam contribuído para determinar o papel do mosquito na transmissão da doença, e Joseph H. White, responsável pela bem-sucedida campanha contra a enfermidade em Nova Orleans em 1905. Ambos eram membros do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos.[51] Como resultado dessa articulação, no ano seguinte foi criada a Comissão de Febre Amarela (Yellow Fever Commission), composta por Gorgas, Carter, White e também por Juan Guiteras (1852-1925), diretor do Departamento de Saúde Pública de Cuba.[52]

Em outubro de 1914, Rose elaborou um memorando intitulado "Yellow fever: feasibility of its eradication" ("Febre amarela: viabilidade de sua erradicação"), no qual esboçava os parâmetros de uma campanha de eliminação da doença em escala mundial e, pela primeira vez, os postulados da teoria dos focos-chave (*key focus theory*), elaborada por Carter. De acordo com essa teoria, entre duas epidemias de febre amarela, o seu agente etiológico continuava a existir em um número limitado de áreas endêmicas – os focos-chave –, em geral cidades nas quais o número de pessoas não imunes à doença seria suficiente para garantir sua transmissão de um indivíduo a outro através dos mosquitos. Nas palavras de Rose,

> Os centros endêmicos são os disseminadores sem os quais uma epidemia não é absolutamente possível. Se os centros de disseminação forem destruídos, a doença desaparecerá por si mesma de todos os outros lugares. Felizmente, esses centros são muito pouco numerosos. Uma cidade pequena não pode apresentar condições endêmicas, a menos que nela haja um número excessivamente elevado de visitantes vindos de fora ou de turistas, pois é preciso um aporte constante de não imunes para manter a infecção do mosquito. O mosquito pode

> ser contaminado unicamente por pessoas infectadas, e a duração de sua vida é de 30 a 180 dias (...). Atualmente há apenas cinco ou seis focos endêmicos conhecidos, e estes são os únicos lugares que devem atrair nossa atenção.[53]

A teoria dos focos-chave de Carter gerou, então, um entendimento de que a febre amarela era uma doença humana dos grandes centros urbanos, transmitida somente pelo mosquito *Aedes aegypti*, uma espécie doméstica que se reproduz em reservatórios artificiais de água. Ela também estimulou a crença de que comunidades pequenas não mantinham uma endemicidade permanente e que, por isso, não precisavam ser tratadas, e que a enfermidade se autoconsumia nos pequenos povoados, em virtude do esgotamento daqueles que não eram imunes. Os especialistas da Comissão de Febre Amarela da Fundação Rockefeller acreditavam, portanto, que a redução do nível de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti* a um índice inferior a 5% em um pequeno número de cidades consideradas "focos-chave" da doença, localizadas no Equador, Colômbia, Peru, Venezuela e Brasil, acarretaria sua erradicação das Américas.[54] Tal crença se chocava com as ideias expostas por muitos médicos latino-americanos, segundo os quais a febre amarela mantinha uma endemicidade "silenciosa" em vastas áreas, nas quais os recém-nascidos, em razão de sua imunidade muito baixa, constituíam-se em um reservatório praticamente inesgotável da doença.[55] Os sanitaristas brasileiros, inclusive, afirmavam que a febre amarela não era de modo algum uma doença urbana, sendo endêmica nas áreas rurais.[56]

Os especialistas da Fundação Rockefeller, por sua vez, convencidos de que tinham os conhecimentos epidemiológicos mais avançados sobre a enfermidade, praticamente descartaram tais opiniões. Carter chegou a descrever os médicos e sanitaristas que defendiam que a febre amarela era endêmica em vastas regiões do continente como entusiastas de teorias ultrapassadas:

> Não temos, evidentemente, por que levar em consideração a velha teoria segundo a qual o organismo da febre amarela se mantém nos 'fomites' dos doentes e pode atacar pessoas que forem expostas a estes 'fomites'. E, no entanto, estou convencido de que uma parte dessa ideia, a da permanência da febre amarela, sobrevive no conceito de 'febre amarela latente', uma doutrina desenvolvida pela missão do Instituto Pasteur, segundo a qual a febre amarela se mantém indefinidamente em focos endêmicos por meio dos ataques recorrentes entre os nativos. (Carter, 1920)

O otimismo acerca da erradicação da febre amarela, embasado pela teoria dos focos-chave, levou Rose a estabelecer um objetivo grandioso para a campanha da Fundação Rockefeller: a erradicação mundial da doença. O plano do diretor da CSI era iniciar as atividades pelas Américas, mapeando os "focos-chave" existentes no continente, começando pelo Equador e passando, em seguida, para outros países da costa do Pacífico, antes de chegar ao Brasil. Uma vez identificados os principais centros difusores da febre amarela nas Américas, o passo seguinte seria inventariar a situação da doença na costa ocidental da África. A eclosão da Primeira Guerra Mundial, no entanto, impediu que a campanha fosse implementada imediatamente. Somente em junho de 1916 os membros da Comissão de Febre Amarela iniciaram a identificação dos focos-chave no continente americano. Nesse ano, Gorgas, Carter, Guiteras, White, W. D. Wrightson e os majores T. C. Lyster e E. R. Whitmore embarcaram em Nova York rumo a vários países das Américas Central e do Sul.[57] Ao término da expedição, concluíram que o porto de Guayaquil, no Equador, era o principal foco endêmico de febre amarela ativo no continente.[58] A Comissão recomendou, então, à Fundação Rockefeller, que implementasse nas localidades atingidas pela enfermidade uma vasta campanha de erradicação dos mosquitos e prosseguisse com a vigilância nas áreas consideradas suspeitas, dentre as quais a costa brasileira e o litoral sul do Caribe.[59] Em 23 de janeiro de 1917, a agora designada Junta de Saúde Internacional (JSI) da Fundação Rockefeller nomeou Gorgas diretor da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da organização, para que fosse atribuída ao general a glória pela eliminação da doença.[60] Contudo, a entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra Mundial, em 1917, obrigou Gorgas a assumir as suas funções de cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública do país até se aposentar em 1918. Nesse ano, a Fundação Rockefeller enviou a Guayaquil outra comissão com o objetivo de investigar aspectos ainda desconhecidos da febre amarela, relacionados, sobretudo, à sua etiologia e diagnóstico.[61]

Membro da expedição, o bacteriologista japonês Hydeo Noguchi – pesquisador do Instituto Rockefeller – estudou o sangue de pacientes com febre amarela na cidade equatoriana. Após alguns meses, ele anunciou ter descoberto que uma espiroqueta (pequena bactéria em forma de espiral), encontrada em algumas amostras e batizada por ele de *Leptospira icteroides*, era o agente etiológico da febre amarela. O micróbio preenchia todos os requisitos para ser incriminado: destruição por aquecimento a 50ºC, capacidade de passar através de filtros bacterianos e invisibilidade

ao microscópio comum. Além disso, havia pouco tempo que outra bactéria – *Leptospira icterohaemorrhagiae* – tinha sido identificada como o agente etiológico da doença de Weil, icterícia infecciosa frequentemente confundida com a febre amarela. Noguchi afirmou ter provado que a febre amarela fazia parte do mesmo quadro de patologias da doença de Weil, que a bactéria que descobrira induzia a doença em animais como o porquinho-da-índia, o cachorro e o macaco, e que havia obtido êxito em sua tentativa de transmiti-la pela picada de mosquitos infectados por *Leptospira icteroides*. Ele descreveu ainda um teste imunológico que, conforme acreditava, era capaz de detectar a doença, assim como um soro curativo. Nos artigos que publicava, todos bastante claros e profissionais, o médico japonês não deixava transparecer qualquer sinal de dúvida ou resultados difíceis de serem reproduzidos.[62] Tais publicações, aliadas à reputação de Noguchi e ao seu *status* no Instituto Rockefeller, contribuíram para que as suas descobertas fossem endossadas e adotadas sem reservas pelos especialistas da Fundação. Em visita ao Brasil no ano 1923, ele sustentou as suas pesquisas, bem como a identidade entre a febre amarela verificada no país e aquela encontrada nas demais nações da América Latina.[63]

Naquela época, a principal dificuldade dos pesquisadores que se debruçavam sobre a febre amarela era distinguir a enfermidade de outras doenças tropicais que produziam alguns dos mesmos sintomas, como a malária. A descoberta do suposto agente etiológico da doença por Noguchi resolvia o problema, pois tornava possível estabelecê-la como uma entidade clínica específica, à luz da bacteriologia. As descobertas de Noguchi e a teoria dos focos-chave de Carter informaram a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller até os anos finais da década de 1920, gerando um otimismo em relação tanto a um rápido diagnóstico baseado em teste imunológico quanto à cura dos casos suspeitos da enfermidade pela aplicação do soro curativo desenvolvido pelo médico japonês.

Assim, quando a campanha teve início em Guayaquil, no Equador, em 25 de novembro de 1918, todos os aspectos biomédicos da febre amarela "pareciam estar cientificamente equacionados" (Cueto, 1992: 2-3). Sob a direção de Michael Connor, foi lançado, então, um ataque aos locais de reprodução de *Aedes aegypti*, com a colocação de peixes larvicidas nos reservatórios d'água. Também eram realizadas inspeções regulares nas residências com objetivo de eliminar as larvas do mosquito em cisternas e outros recipientes.[64] O resultado da campanha foi considerado espetacular (Sawyer, 1937). Seis meses após o seu início, foi registrado o último caso

de febre amarela no país.[65] Nos 17 anos seguintes, nenhum novo caso da doença foi diagnosticado no Equador, o que parecia consagrar os princípios estabelecidos pela Comissão de Febre Amarela. Com a eliminação das larvas do vetor no foco-chave, o mosquito se extinguiu e a febre amarela desapareceu de maneira espontânea das cidades e localidades ao redor (Benchimol, 2001).

Com o sucesso alcançado em Guayaquil, a Comissão de Febre Amarela da Fundação Rockefeller começou a atacar os outros focos-chave da doença no continente.[66] Assim, nos anos seguintes, estudos, campanhas e serviços direcionados ao combate à febre amarela foram organizados na Guatemala (1919), Peru (1920-1922),[67] América Central (1921-1922), México (1921-1923)[68] e na Colômbia (1923)[69]. Lowy (2006) identifica dois modelos nas campanhas contra a doença implementadas nessas regiões do continente americano. O primeiro deles se caracterizava por intervenções efetuadas de cima para baixo, motivando a resistência dos médicos locais. Tal modelo foi aplicado, por exemplo, no Peru e, apesar da resistência da população local, foi um sucesso incontestável, interrompendo a epidemia da doença que castigava o país e eliminando-a definitivamente das regiões da América Latina banhadas pelo oceano Pacífico. O segundo modelo tinha como elemento principal a busca por um certo apoio da população local. O maior exemplo foi a campanha desenvolvida em Veracruz, no México, entre 1920 e 1922, que eliminou a febre amarela do país.[70] Um dos responsáveis por essa campanha foi Michael Connor, o mesmo dirigente da Fundação Rockefeller que havia liderado a bem-sucedida campanha contra a doença no Equador alguns anos antes. Dentre as principais medidas desenvolvidas por ele no território mexicano, destacam-se: a promoção do saneamento das cidades, a colocação de peixes larvicidas nos reservatórios de água e a adoção de métodos persuasivos para obter a colaboração da população local, ao invés de medidas coercitivas.

Paralelamente ao desenvolvimento das atividades de combate à febre amarela em diversos países das Américas, a Fundação Rockefeller deu início às investigações sobre a doença na África. Em junho de 1920, nos marcos da Campanha Mundial de Erradicação, foi organizada a primeira Comissão de Febre Amarela da África Ocidental (West Africa Yellow Fever Commission). A Comissão tinha como principais objetivos determinar se os casos notificados no continente eram de fato febre amarela, se a doença era a mesma encontrada no hemisfério ocidental e, caso a resposta fosse positiva, verificar a viabilidade no continente africano das medidas de

controle já empregadas nas Américas. A Comissão estava formada por Gorgas e por seu antigo auxiliar no Panamá, o também general Robert E. Noble, que substituíra Carter no cargo de cirurgião-geral assistente do Exército dos Estados Unidos.[71] Além dos dois militares, também faziam parte dela Juan Guiteras; Adrian Stokes (1887-1927), professor de patologia no Trinity College, da Universidade de Dublin; e William Howard Tytler (1885-1957), do Conselho de Pesquisa Médica da Grã-Bretanha (Medical Research Council). Nas colônias inglesas, juntou-se a eles A. E. Horn, do Serviço Médico Colonial (Colonial Medical Service) e, em Dakar, Fernand Noc (1875-1924), diretor do Instituto de Biologia da África Ocidental Francesa, que, em 1924, passaria a se chamar Instituto Pasteur da África Ocidental Francesa.[72]

O plano da Comissão de Febre Amarela da África Ocidental era se reunir em Londres no dia 15 de junho e, de lá, seguir para o continente africano. Entretanto, no dia 4 desse mês Gorgas faleceu na capital inglesa.[73] Enquanto Noble cuidava do translado do corpo do general para os Estados Unidos,[74] Guiteras assumia o comando da Comissão e concluía os preparativos da viagem de seus membros para a África. No dia 17 de julho de 1920, eles desembarcaram em Lagos, cidade portuária localizada no Golfo da Guiné, a oeste do rio Níger, na região sudoeste da Nigéria. De acordo com o médico cubano, a escolha da cidade como base da Comissão de Febre Amarela da África Ocidental deveu-se ao fato de ela ser, ao lado de Dakar, a região que oferecia as maiores facilidades de comunicação com outros pontos do litoral e do interior do continente na época; o mais importante núcleo de população branca da África ocidental britânica, considerada mais suscetível à febre amarela e, ao mesmo tempo, um centro de grande atividade comercial. Além disso, Lagos tinha laboratórios, hospitais e outras facilidades para a investigação médica e, do ponto de vista epidemiológico, era a localidade que mais importava a doença de outras regiões e a que melhor revelava o seu *status* no continente.[75]

Os membros da Comissão de Febre Amarela da África Ocidental dividiram as atividades entre si. Tytler e Horn visitaram a Serra Leoa e a Costa do Ouro, enquanto Noble e Guiteras percorreram Daomé, Dakar, no Senegal, e os Congos Francês e Belga. Stokes, por sua vez, permaneceu no laboratório de Lagos, onde se dedicou a quatro objetivos principais: estudar *Leptospira* de Noguchi a partir de culturas que havia levado consigo, tentar identificar *Leptospira icterohaemorrhagiae* nos ratos nativos, testar as reações de imunidade em pessoas que tinham contraído a febre amarela

há pouco tempo ou que apresentavam sintomas suspeitos e transmitir *Leptospira icteroides* a cobaias através do mosquito *Aedes aegypti*. As suas pesquisas, contudo, não obtiveram êxito em nenhuma dessas frentes. Os demais membros da Comissão, por sua vez, não identificaram nenhum caso autêntico de febre amarela nos países visitados, embora tenham encontrado evidências de que a infecção pela doença havia ocorrido em algumas regiões nos três anos anteriores (de 1917 a 1919).[76]

Tal fato surpreendeu Guiteras, que escreveu: "Em toda a extensão da zona equatorial e subtropical da África até o Atlântico, extensa zona chamada endêmica da febre amarela, não encontramos um só caso da dita enfermidade". O médico cubano concluiu, então, que era equivocada a suposição de que a costa ocidental da África se constituía em uma área extensa e permanente de endemicidade. Na sua opinião, as expedições da Comissão de Febre Amarela revelaram justamente o contrário:

> A situação da febre amarela naquela costa é tão precária, que poderia muito bem ser possível que se tivesse extinguido totalmente (...) Se tal infecção existiu durante o ano passado em alguma parte da extensa zona que percorremos, é de supor que tenha sido na forma de pequenos focos isolados e contidos por biombos vivos de pessoas imunes.[77]

A análise de Guiteras corroborava a crença, estabelecida na passagem do século XIX para o XX e bastante difundida na época, segundo a qual a febre amarela era uma enfermidade originária do continente americano, de onde teria se propagado para outras partes do mundo.[78] Na opinião do médico cubano, e de grande parte dos especialistas da Fundação Rockefeller, não existia no continente africano um centro disseminador da doença – um "foco-chave", para usarmos a terminologia da época – do porte de Havana, Rio de Janeiro, Veracruz ou Guayaquil. Desse modo, o desaparecimento dos focos-chave nas Américas, em virtude do trabalho que estava sendo realizado pela Fundação, nos marcos da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, não apenas conteve a disseminação da doença no continente como também foi o responsável por eliminá-la da costa ocidental da África.[79]

Criador da teoria dos focos-chave e membro da Comissão de Febre Amarela que desde 1916 realizava expedições por diversos países das Américas, Henry Carter, no entanto, não compartilhava dessa opinião.[80] A partir de suas observações no continente americano e dos dados coletados pela Comissão de Febre Amarela da África Ocidental, ele realizou uma minuciosa pesquisa histórica sobre a doença, que comprovou que ela tinha sido trazida da África para as Antilhas pelos espanhóis, no século XVII, de onde alcançou a

Península de Yucatán, disseminando-se, em seguida, pelo Golfo do México, antes de se estabelecer "definitivamente em Havana". Posteriormente, a febre amarela ingressaria também nos Estados Unidos, se fixaria na costa setentrional da América do Sul e atravessaria o istmo do Panamá para, finalmente, invadir Guayaquil. Em meados do século XIX, a doença chegou ao Brasil, trazida por uma embarcação oriunda de Nova Orleans e, a partir da Bahia, teria se expandido para outras regiões do país (Carter, 1931).[81]

A tese de Carter, segundo a qual a febre amarela tinha se originado na África e de lá atingido as Américas, colocava em xeque todo o otimismo que cercava a erradicação da doença, calcado na ideia de que o bom trabalho desenvolvido nas Américas era o responsável por sua extinção na África. A crença geral no início da década de 1920, no entanto, reforçada pelos resultados alcançados até aquele momento nas Américas e no continente africano, era de que a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller estava muito próxima de alcançar o seu objetivo. O ato final da Campanha, segundo o planejamento inicial de Rose, deveria ocorrer no Brasil. A ideia era transpor para o país as principais medidas de combate à enfermidade implementadas anteriormente em outras partes das Américas, visando alcançar resultados semelhantes. Naquela altura, no entanto, o Brasil já tinha uma importante tradição de estudos e campanhas direcionados às "doenças tropicais". A febre amarela, inclusive, era a base de todo o prestígio da medicina e da saúde pública brasileiras no continente e do mito de Oswaldo Cruz e de toda aquela geração de sanitaristas das primeiras décadas do século XX. Nesse sentido, não foi por acaso o fato de a CSI ter deixado o Brasil por último.

## A Chegada da Fundação Rockefeller ao Brasil e a Implantação da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela no País

A primeira Comissão da Fundação Rockefeller chegou ao Brasil em 1915 para estudar a realidade médico-sanitária e a organização da saúde pública no país. O objetivo principal dos norte-americanos era avaliar as condições para o início das atividades de combate às doenças infecciosas. Dentre os importantes representantes da Fundação Rockefeller que desembarcaram no Brasil nesse momento se destacaram Wickliffe

Rose, diretor da CSI, Lewis Wendell Hackett, coordenador dos primeiros trabalhos desenvolvidos no Rio de Janeiro e demais estados (1916-1923), e o bacteriologista William Welch. No ano seguinte, chegou ao país uma segunda Comissão, composta pelo patologista Richard M. Pearce, professor da Universidade da Pensilvânia (1910-1919) e diretor da Divisão de Educação Médica da Fundação Rockefeller (1919-1929), John A. Ferrel, diretor adjunto da CSI (1913-1944), e o major Bailey K. Ashford, do Corpo Médico Naval dos Estados Unidos.[82] Em suas primeiras avaliações, os especialistas da Fundação Rockefeller traçaram um panorama das regiões rurais brasileiras como áreas de extrema precariedade no que tange à saúde pública, habitadas por uma população mergulhada em um quadro de calamidade absoluta (Faria & Castro-Santos, 2003).

Foi também em 1916 que os membros da Comissão de Febre Amarela da Fundação Rockefeller visitaram o Brasil pela primeira vez. As tentativas de controle da enfermidade estavam, então, sob a responsabilidade da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Naquele contexto, Rose acreditava que o controle da ancilostomíase se adequava melhor aos objetivos que a organização procurava alcançar no país, na medida em que pressupunha uma mudança dos hábitos cotidianos das pessoas e até mesmo de localidades inteiras. Desse modo, ainda em 1916, o Rio de Janeiro se tornou a primeira cidade do país a ser beneficiada pelos trabalhos da agora designada Junta de Saúde Internacional (JSI). No ano seguinte, as atividades de combate à ancilostomíase foram expandidas para Minas Gerais e São Paulo, consolidando a atuação da Fundação no país.[83] Nessa primeira fase, que se estendeu de 1916 a 1922 e foi coordenada por Hackett, a campanha se limitou basicamente a esses três estados, que eram os únicos que podiam arcar com os gastos administrativos relacionados às despesas com pessoal e transporte. Os demais estados da federação, incapazes de disponibilizar os recursos necessários, não puderam contar com a ajuda técnica e financeira da Fundação Rockefeller até o início dos anos 1920, quando o governo federal assumiu a responsabilidade pelos custos para que os programas sanitários da organização também pudessem ser implementados nessas regiões. Como destacam Faria e Castro-Santos (2003), tal atitude revela um crescente intervencionismo do governo federal nos estados no tocante às questões de saúde pública, assinalando o início de um processo de centralização das políticas sanitárias pelo governo federal.

Apesar dos progressos registrados, a campanha da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase não levou a uma redução significativa

de sua incidência no país, tampouco a uma grande transformação dos costumes da população, embora descobertas importantes tenham sido feitas.[84] Benchimol (2001: 113) credita as dificuldades enfrentadas pela campanha à "densidade do campo médico brasileiro e à resistência dos sanitaristas 'nativos' que, por uma dinâmica própria, já estavam voltados para o combate a esta e outras endemias rurais".

De fato, desde que passaram a atuar no Brasil, os especialistas da Fundação Rockefeller enfrentaram uma forte oposição da comunidade médica nacional, sobretudo daqueles elementos envolvidos com o chamado movimento sanitarista, nome pelo qual ficou conhecida a geração de médicos que atuou nas primeiras campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, no começo do século XX, tais como Carlos Chagas, Belisário Penna e Artur Neiva. Conhecedores da realidade sanitária do país, esses homens criticavam com veemência a ineficiência das políticas de saúde implementadas pelo Estado brasileiro[85] e as pretensões da Fundação Rockefeller de se instalar no país. A atuação deles levou à criação, em 1919, do Serviço de Profilaxia Rural e, no ano seguinte, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Essa geração também contribuiu para a formação dos médicos-sanitaristas que, nos anos 1920, atuaram nos dois órgãos e no ensino de saúde pública nas faculdades de medicina (Hochman, 1998a).[86]

Castro-Santos (1989) destaca que os especialistas norte-americanos aportaram no Brasil com uma "ciência da saúde pública" pronta, que, inicialmente, não se modificou em contato com a tradição local, e que o movimento sanitarista brasileiro dos anos 1916-1920, por sua vez, também não foi diretamente influenciado pelas ideias e métodos da Fundação Rockefeller. Benchimol (2001) salienta que as principais críticas à atuação da organização filantrópica giravam em torno de acusações de que ela serviria como um braço médico do imperialismo norte-americano no país, que os representantes estrangeiros estavam interessados em usar a população brasileira como cobaia para as suas práticas e técnicas, que as decisões concernentes à saúde pública no Brasil estavam sendo monopolizadas pelos norte-americanos e que os cientistas da Fundação Rockefeller que participavam da Comissão de Febre Amarela estariam atuando para desacreditar as pesquisas científicas que eram realizadas por seus pares brasileiros.

Um exemplo do posicionamento dos representantes do movimento sanitarista em relação à atuação da Fundação Rockefeller no país pode ser encontrado nas críticas do médico Plácido Barbosa, que havia trabalhado

com Oswaldo Cruz na campanha contra a febre amarela realizada no Rio de Janeiro em 1904 e considerava as atividades da organização filantrópica como a porta de entrada para outras formas de dominação imperialista:

> Mas que vergonha! Eles estão nos passando atestado de incompetência. Os recursos que estão nos propondo não são dinheiro, mas atividade e eficiência. São os nossos ricos vizinhos, orgulhosos, bem-educados e cheios de compaixão, que batem à nossa porta para pedir licença para limpar nossas casas das pestilências que não conseguimos eliminar. Só temos que lhes desejar boas-vindas e aplaudi-los, mas vendo que nosso país é obrigado a admitir sua incapacidade de resolver seus problemas administrativos, todavia tão pouco complicados, só nos resta enrubescer de vergonha. Sentimo-nos mal em pensar que um dia possam surgir outros guardiões de nossos negócios, mais interessados e menos delicados, e não motivados pela generosidade e pelo amor à ciência. Suas ações também poderão ser justificadas por nossa negligência, nossa ignorância, nossa fraqueza, nossa falta de retidão moral.[87]

No intenso debate que se estabeleceu acerca da presença dos especialistas norte-americanos no país, nem todos, contudo, endossavam as posturas nacionalistas contrárias à atuação da Fundação Rockefeller. Em reação às críticas de Plácido Barbosa, o médico Carlos Seidl publicou um artigo na edição do jornal *Correio da Manhã* do dia 24 de outubro de 1916, no qual afirmava que o seu colega baiano estava exagerando. Ele buscava atenuar os temores acerca de um suposto imperialismo da Fundação Rockefeller, convidando os leitores a aderirem a uma "nova orientação nacionalista", que procurasse afirmar a "personalidade nacional", ao mesmo tempo que estimulava o início de um processo de "cooperação e solidariedade de pessoas civilizadas" (Seidl, 1916 *apud* Williams, 1994: 27).

Tal era o estado de tensões que permeavam o quadro político-sanitário brasileiro quando do início das atividades da Fundação Rockefeller no país. O que estava em disputa entre a comunidade médica nacional e os representantes da organização filantrópica norte-americana era o controle sobre as políticas nacionais de saneamento, implementadas em um contexto no qual o governo federal começava a intervir diretamente na área da saúde pública. A criação do DNSP, em 1920, foi a expressão desse crescente intervencionismo estatal. O novo órgão possibilitou a expansão das atividades sanitárias para as áreas rurais do país, abrindo novas perspectivas para que as campanhas da Fundação fossem levadas para o interior. Entre o fim da década de 1910 e o início dos anos 1920, após

travarem um maior contato com a realidade brasileira, os especialistas norte-americanos passaram a defender, cada vez de forma mais constante, a extensão dos serviços sanitários para as áreas rurais como precondição para o sucesso de suas atividades no país. A atenção que os seus membros passaram a dispensar à saúde das populações do interior e a meta declarada de contribuir para a organização de serviços de saúde pública nas áreas rurais criaram uma convergência com a corrente mais nacionalista do movimento sanitarista brasileiro, contribuindo para a diminuição das críticas e temores da comunidade médica nacional em relação ao trabalho desenvolvido pela Fundação Rockefeller no país. Uma evidência nesse sentido pode ser encontrada na postura de Belisário Penna e Artur Neiva, dois dos principais representantes dessa geração de médicos e sanitaristas e notórios críticos da indiferença do Estado brasileiro e da ineficiência das políticas de saúde pública voltadas para as populações sertanejas. Já na década de 1920, ambos passaram a apoiar de maneira incisiva uma atuação estatal urgente capaz de promover a interiorização das ações sanitárias, reconhecendo as práticas da Fundação Rockefeller como instrumentos importantes para o saneamento físico e moral dos sertões (Faria & Castro-Santos, 2003).

O cenário de crescente intervenção do Estado brasileiro nas áreas rurais do país contribuiu para que, em 1922, a direção regional da Fundação Rockefeller determinasse a redução do número de postos destinados ao combate à ancilostomíase mantidos pela organização no Brasil e começasse a transferir gradualmente as atividades de combate à enfermidade ao Serviço de Profilaxia Rural. O resultado dessa orientação foi a permanência de apenas cinco postos de combate à doença abertos no país em 1923.[88] As atividades da Fundação Rockefeller no Brasil foram, então, reorientadas para o combate à malária e, principalmente, à febre amarela, que demandava custos menores e cuja existência despertava nos norte-americanos o medo de uma epidemia de grandes proporções (Cueto, 1994a). De acordo com Lowy (1999), a erradicação da enfermidade, que a partir de 1923 passou a ser o objetivo prioritário da Fundação no país, deveria, no entendimento dos seus dirigentes, demonstrar de forma mais explícita a eficiência da abordagem científica em saúde pública. A autora argumenta que:

> Os responsáveis pela Fundação Rockefeller deram-se conta de que esta tarefa [o combate à ancilostomíase] demandava um trabalho de grande fôlego que não traria resultados imediatos e amplamente visíveis.

> Redefiniram, portanto, seus objetivos, explicando que a campanha não tinha por objetivo a eliminação de uma doença parasitária, mas sim o estímulo à construção de serviços de saúde pública modernos no Brasil, e que, uma vez retomada, ela seria mais bem conduzida pelas instituições brasileiras. A campanha contra a febre amarela, que se tornou a principal atividade da Fundação Rockefeller no Brasil após 1923, devia, nas palavras de seus dirigentes, demonstrar melhor a eficiência da abordagem científica em saúde pública. (Lowy, 2006: 140)

Quando a Fundação Rockefeller decidiu reorientar as suas atividades no Brasil para o combate à febre amarela, o país já contava com o seu próprio programa de erradicação da doença, instituído em 1919. O programa era baseado nas Comissões Nacionais de Febre Amarela, organizadas segundo as linhas propostas por Gorgas em sua campanha bem-sucedida em Havana, em 1901. Com o desaparecimento da enfermidade das estatísticas oficiais nos anos 1921-1922, as Comissões Nacionais de Febre Amarela foram reunidas no Serviço de Profilaxia Rural. O reaparecimento da doença em 1923, contudo, motivou o recém-criado DNSP a assinar um acordo com a Fundação Rockefeller, normatizando as relações que o governo brasileiro vinha mantendo com a organização filantrópica norte-americana desde 1916.[89] O convênio, firmado no dia 11 de setembro de 1923 e homologado em 31 de dezembro do mesmo ano, pelo decreto n. 16.300, estabelecia que o trabalho de combate à febre amarela no país seria coordenado por um Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, uma instância dirigida em conjunto pela Fundação Rockefeller e o DNSP. A direção do novo órgão seria composta por quatro profissionais, dois membros de cada organismo, e a sua presidência deveria ser ocupada por um funcionário do DNSP, a quem caberia a palavra final em caso de conflito. O corpo de funcionários técnico e administrativo seria recrutado pelo DNSP, em comum acordo com a Rockefeller, que indicaria um representante permanente para cuidar das relações com o órgão sanitário brasileiro. As atividades contra a doença nos estados ficariam a cargo do Serviço de Profilaxia Rural. O financiamento da campanha seria de responsabilidade da Fundação Rockefeller.[90] Com ela, a organização buscava repetir no Brasil o sucesso obtido em outros países da América Latina, dando prosseguimento à campanha mundial de erradicação da doença, planejada por Gorgas e Rose em 1914.[91]

De acordo com um destacado funcionário da organização no país, "a reorganização da campanha de erradicação pela Fundação Rockefeller foi essencialmente uma repetição dos esforços precedentes do Brasil",

na medida em que o fracasso da campanha nacional não foi atribuído a qualquer fraqueza do plano em si, mas sim "a uma cobertura inadequada dos centros endêmicos por um período muito pequeno" (Soper, 1965). Benchimol (2001) destaca, no entanto, que, com a assinatura do acordo, a JSI da Fundação assumiu a administração do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela nos estados do Norte e Nordeste do Brasil, estabelecendo as suas atividades de modo completamente independente de qualquer outro serviço de saúde pública brasileiro. Como afirma Lowy (2006: 150), embora os funcionários do órgão fossem, de fato, brasileiros, o planejamento e a direção das campanhas eram exclusividade dos especialistas norte-americanos. De acordo com Cueto (1996a), duas razões estariam por trás de tal fato: a falta de confiança da Fundação nas instituições locais e o desejo de demonstrar como funcionava um serviço de saúde pública norte-americano.

Nesse contexto, o aumento do volume de recursos e a prioridade e urgência conferidas à questão do saneamento rural pelo governo brasileiro contribuíram para a intensificação das atividades de combate à febre amarela no país, sobretudo durante o governo de Artur Bernardes (1923-1926). O Estado brasileiro, contudo, manifestava preocupações quanto ao seu próprio papel no campo da saúde pública e com o controle das atividades da Fundação Rockefeller. No dia 13 de setembro de 1923, o governo federal enviou uma carta a Joseph White – membro da Comissão de Febre Amarela e primeiro representante da Fundação Rockefeller no Brasil (1923-1926) – na qual buscava explicitar os termos do novo acordo a ser assinado com a organização filantrópica norte-americana, resguardando para si o controle das operações, através do DNSP:

> De modo geral ficará assim formulado o acordo entre a Rockefeller Foundation e o Governo Brasileiro:
>
> 1) O serviço de profilaxia da febre amarela será realizado pelo Governo da União, por intermédio de uma comissão especial denominada 'Comissão de Febre Amarela' (...).
>
> Está entendido que a obra desta Comissão será efetuada sob a direção deste Departamento Nacional de Saúde Pública com a cooperação financeira e técnica da Fundação Rockefeller.[92]

Além das questões de poder e autoridade, as divergências entre os sanitaristas brasileiros e os seus pares norte-americanos giravam em torno de dois problemas, um de ordem prática, que consistia no melhor método de eliminar o vetor identificado como responsável pela doença – o mosquito *Aedes aegypti* – e outro, de caráter mais abstrato, que versava sobre a teoria

dos focos-chave e a visão norte-americana acerca da epidemiologia da febre amarela. Com relação ao problema prático, um foco de tensão importante ocorreu quando os especialistas da Fundação Rockefeller ignoraram a estratégia empregada pelos sanitaristas brasileiros, que utilizavam as fumigações de inseticidas como forma de controle dos mosquitos, repetindo o método empregado com sucesso por Oswaldo Cruz durante a bem-sucedida campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro em 1902. Os especialistas norte-americanos, no entanto, consideravam que, a não ser em períodos de surtos epidêmicos da doença, as fumigações não tinham nenhum valor prático, pois os mosquitos retornavam ao local algumas semanas depois. Para eles, o ataque às larvas era o único método eficaz de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, pois possibilitava a redução de sua densidade a um nível extremamente baixo e por um período de tempo suficientemente prolongado para interromper a cadeia de transmissão da enfermidade, o que a acarretava a sua eliminação de uma determinada região. O combate ao mosquito passava, então, pelo controle dos reservatórios de água de uso doméstico, o que levou a Fundação Rockefeller a estimular a instalação de modernos sistemas de distribuição de água e de esgoto nas cidades. Tal iniciativa, que só deu resultados em Salvador, Porto Alegre e Fortaleza, constituía-se também em um meio de modernizar o Brasil e estimular a disseminação no país de princípios básicos de limpeza e higiene (Lowy, 2006).

O problema não consistia apenas no conflito entre dois métodos distintos. De acordo com Williams (1994: 29-30), as fumigações tinham uma importância política para os sanitaristas brasileiros. As ações espetaculares baseadas nesse método facilitavam a conquista do apoio da população e das lideranças políticas. Nesse sentido, as fumigações destinavam-se não apenas a eliminar a febre amarela como também a acalmar a população irritada com a presença de *Aedes aegypti.* Para o autor, o sucesso de tais ações "reforçava os elos entre faculdades médicas, o patronato público e os caciques políticos locais, assegurando o uso continuado destas medidas, especialmente durante os ciclos eleitorais". Ele destaca ainda que esses grupos viam com desconfiança a adoção de uma estratégia diferente, com a qual os habitantes das cidades não estavam familiarizados, o que poderia suscitar revoltas como aquelas que explodiram na capital federal por ocasião da aprovação da lei que tornava obrigatória a vacina antivariólica, no começo do século XX.

O combate extensivo ao mosquito *Aedes aegypti,* contudo, não fazia parte da estratégia dos norte-americanos, que orientavam as suas ações pela

teoria dos focos-chave, de acordo com a qual seria possível erradicar a febre amarela pela redução do índice do mosquito a 5% apenas em algumas poucas cidades consideradas centros endêmicos e disseminadores da enfermidade por amplos territórios. Os métodos baseados nessa teoria já haviam sido empregados com sucesso em outros países latino-americanos e estavam em sintonia com o que se conhecia na época acerca dos padrões de transmissão da febre amarela. Desse modo, em consonância com os pressupostos da teoria dos focos-chave, no lugar da tradicional fumigação das residências, recorreu-se à colocação de peixes larvicidas ou de uma fina camada de óleo nas águas suspeitas de servirem de criadouros de mosquitos, método que chegou, inclusive, a ganhar o apoio de alguns sanitaristas brasileiros.[93]

Em um memorando sobre os métodos de trabalho da Fundação Rockefeller no Brasil, Joseph White teceu as seguintes considerações sobre as atividades de combate à febre amarela no país, baseadas na teoria dos focos-chave:

> Nosso método de combate à febre amarela é muito simples. Nós escolhemos como nosso campo de operação apenas os grandes centros da população e não dispensamos atenção para as pequenas cidades. Exatamente apenas como o lago de uma montanha fornecerá água para manter muitas pequenas árvores ao longo das margens nas montanhas, as grandes cidades alimentam infecções nas pequenas cidades, e *pari passu*, assim como as pequenas árvores deixam de existir quando o lago seca, as pequenas cidades deixam de ter febre quando as grandes cidades estão completamente limpas.[94]

Nessas maiores cidades, os funcionários da Fundação Rockefeller estabeleciam um zoneamento das áreas nas quais as ações contra a febre amarela seriam implementadas. Depois de contabilizado o número total de residências de uma determinada cidade, ela era dividida em zonas de quatrocentas casas. Cada uma dessas zonas tinha que ser visitada pelo inspetor e o seu assistente em um período máximo que variava de cinco a seis dias. Nessas visitas, porções de querosene eram diluídas nos depósitos de água com o objetivo de eliminar as larvas de *Aedes aegypti*, em um processo conhecido como petrolagem, que era complementado pela colocação de peixes larvicidas. O equipamento utilizado pelos funcionários da Fundação Rockefeller nessas operações consistia em um recipiente d'água com os peixes, querosene e uma bandeira do "quadro de saúde", que era pendurada em cada casa visitada. A supervisão das atividades realizadas nos centros urbanos era feita por um revisor, que fiscalizava o trabalho dos inspetores

em cada vinte ou trinta unidades de trabalho. Nas maiores cidades, a Fundação nomeava um inspetor-geral para coordenar as atividades dos revisores.[95] A estrutura hierarquizada dos serviços e a racionalidade das ações empreendidas pela Fundação Rockefeller tinham como objetivo eliminar rapidamente os focos de transmissão da febre amarela ao menor custo possível (Faria, 1995).

Apesar das críticas a ela direcionadas e dos conflitos com os funcionários brasileiros, a campanha da Fundação Rockefeller calcada no ataque às larvas de *Aedes aegypti* nas capitais dos estados do Norte e do Nordeste do país produziu resultados rápidos. Já em 1925, o número de casos de febre amarela diminuiu consideravelmente, desencadeando uma onda de otimismo acerca da iminência de sua erradicação. Nem mesmo casos da doença verificados em 1926 nos estados da Bahia e Sergipe foram capazes de abalar a confiança dos norte-americanos e das autoridades brasileiras. Tais episódios foram atribuídos à passagem por esses estados de tropas federais recrutadas em São Paulo, em setembro desse ano, para combater a Coluna Prestes. O surto de febre amarela nos dois estados foi rapidamente controlado no ano seguinte (Franco, 1969). Em sua mensagem ao Congresso Nacional no fim de 1926, o presidente Artur Bernardes afirmou que a doença estava erradicada do litoral brasileiro e que a cooperação com a Fundação Rockefeller não seria mais necessária no ano seguinte.[96] Em um período de 11 meses, contados a partir do retorno das tropas federais, nenhum caso de febre amarela foi notificado no país, o que motivou o fechamento de 61 postos de combate ao mosquito *Aedes aegypti* em todo o território nacional (Lowy, 1999).

Convencidos do sucesso da campanha, Michael Connor – que em novembro de 1926 havia substituído Joseph White no cargo representante da Fundação Rockefeller no Brasil – e outros especialistas norte-americanos passaram a acreditar que a febre amarela já podia ser declarada extinta do país e do continente, e que, em breve, a Fundação poderia concentrar os seus esforços na erradicação da doença da África.[97]

O otimismo dos norte-americanos, contudo, não era compartilhado pelos médicos e sanitaristas brasileiros que também participavam das atividades antiamarílicas e continuavam contestando o saber e as práticas introduzidos no país pela Rockefeller. Sebastião Barroso, por exemplo, ex-diretor do Serviço de Saúde Pública da Bahia, se opunha categoricamente à ideia de que a febre amarela já tinha sido erradicada do Brasil ou mesmo que estava em vias de ser, argumentando que a enfermidade estava disseminada

por vastas áreas do interior. Em um artigo publicado em agosto de 1926, ele denunciava o aparecimento de vários casos da doença na região Norte, afirmando que esse fato invalidava as promessas dos especialistas norte-americanos de erradicar a febre amarela do país em um curto espaço de tempo. Barroso também aconselhava o governo federal a refletir melhor antes de conferir a Fundação Rockefeller amplos poderes para intervir diretamente na vida privada da população brasileira (*apud* Labra, 1985).

Outro médico, Maurício de Medeiros, descreveu uma epidemia de febre amarela na localidade de Pirapora (MG), argumentando que casos como esse eram bem mais frequentes do que se supunha. Ele fez constantes apelos para que o DNSP abandonasse a "política de braços cruzados" em relação aos surtos epidêmicos que atingiam o interior do país se quisesse prevenir uma epidemia de grandes proporções nas maiores cidades brasileiras (Medeiros, 1926 *apud* Labra, 1985).[98]

Otto Schmidt, estudante de medicina baiano e autor de uma tese sobre a febre amarela na Bahia em 1926, explicou em seu trabalho como a doença havia chegado ao estado logo após a passagem das tropas federais que combateram a Coluna Prestes no interior do país o que, na sua opinião, evidenciava que a enfermidade estava intensamente disseminada nas áreas rurais. As principais críticas de Schmidt foram direcionadas ao desinteresse da Fundação Rockefeller pelas pequenas localidades do interior (Schmidt, 1926 *apud* Labra, 1985). Em 1928, foi a vez de Sebastião Barroso voltar à carga contra a Fundação ao comentar as expedições que os seus especialistas estavam realizando na África. Na opinião do médico baiano,

> Os trabalhos visam unicamente os europeus e não se interessam pelos habitantes da região, permitindo, assim, que o germe da febre amarela se mantenha indefinidamente, visto que uma profilática incompleta é ineficaz do ponto de vista da eliminação definitiva do flagelo. Entretanto, o combate à febre amarela é empreendido até agora unicamente nos lugares que são importantes para os dominadores, abandonando-se os outros lugares à sua própria sorte. (Barroso, 1928 a*pud* Labra, 1985: 241)

As denúncias dos médicos brasileiros contribuíram para que, em 1928, Michael Connor empreendesse uma expedição pelo Rio São Francisco, de Juazeiro do Norte (CE) a Pirapora (MG). Na viagem, o representante da Fundação Rockefeller no país não encontrou nenhum caso de febre amarela, o que aumentou a sua convicção de que a doença estava em vias de ser erradicada das Américas, na medida em que o Brasil era o palco da

última fase da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela no continente (Benchimol, 2001). A Fundação Rockefeller festejou porque entendeu o acontecimento como uma confirmação dos pressupostos da teoria dos focos-chave (Soper, 1965).

Analisando a campanha da Fundação Rockefeller contra a febre amarela no Brasil, nos anos 1920, Lowy (2006) destaca que a primeira fase, dirigida por Joseph White (1923-1926), não obteve sucesso total, já que foram informados casos da doença em várias localidades e os movimentos das tropas federais e dos rebeldes da Coluna Prestes não foram aceitos como uma justificativa adequada para tal situação. A campanha dirigida por Michael Connor, entre novembro de 1926 e março de 1928, por seu turno, reuniu todas as características de um sucesso, na medida em que as cidades litorâneas do país permaneceram livres de *Aedes aegypti* e não foram registrados novos casos de febre amarela.

Com a certeza de que o desaparecimento da doença das Américas era uma questão de tempo, a Fundação voltou suas atenções para a África. Dakar, Luanda, Freetown, Costa do Ouro e Serra Leoa eram as regiões que deviam ser atacadas quando houvesse condições de estender a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela para o outro lado do Atlântico.[99] No continente africano, no entanto, os especialistas norte-americanos fariam novas descobertas que colocariam em xeque as antigas certezas sobre a epidemiologia e os mecanismos de transmissão da doença. Simultaneamente, os pressupostos da teoria dos focos-chave, que embasavam a crença de que a febre amarela estava em vias de ser erradicada do Brasil e, consequentemente, das Américas, também se revelariam equivocados. Desse modo, no fim da década de 1920, uma série de acontecimentos na África e no Brasil alterariam definitivamente os rumos da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, que a Fundação Rockefeller desenvolvia desde 1918.

## Descobertas na África, Epidemia no Brasil: do sucesso inicial ao fim da era das certezas sobre a febre amarela (1925-1928)

Com o problema da febre amarela supostamente resolvido nas Américas, a JSI da Fundação Rockefeller passou a concentrar os seus esforços na África, onde a Campanha Mundial de Erradicação também deveria ser implementada para que em pouco tempo a doença pudesse ser declarada erradicada do planeta. As incógnitas acumuladas desde a primeira Comissão enviada ao continente fortaleceram a suspeita de que a febre amarela africana era diferente da americana, podendo até mesmo vir a se constituir em uma outra doença dos pontos de vista clínico, epidemiológico e etiológico. Assim, em 1925 foi formada uma segunda Comissão de Febre Amarela da África Ocidental, dirigida por Henry Beeuwkes, com o objetivo de realizar uma investigação mais profunda sobre as características e a epidemiologia da doença na região, de modo a determinar a sua relação com a febre amarela encontrada nas Américas, isolar o seu agente etiológico, descobrir o mecanismo de transmissão e identificar as regiões do continente africano onde ela era endêmica. Para alcançar tais metas, nesse mesmo ano foi fundado um Laboratório de Febre Amarela na cidade de Lagos, na Nigéria, o primeiro do gênero criado pela Fundação.[100]

No fim de 1926, o médico norte-americano Wilbur Augustus Sawyer foi enviado para a Nigéria para assumir temporariamente o cargo de diretor da Comissão de Febre Amarela da África Ocidental, no lugar de Beeuwkes, que havia tirado uma licença de seis meses. Formado em medicina, em 1906, pela Harvard Medical School, Sawyer havia ingressado na JSI em 1919 e, desde 1924, ocupava o cargo de diretor do Serviço de Laboratório de Saúde Pública da Fundação. Assim que chegou à Nigéria, ele se uniu ao pequeno grupo de pesquisadores do Laboratório de Febre Amarela de Lagos, que investigava a doença na região.[101] Embora até aquele momento Sawyer nunca tivesse trabalhado com a febre amarela, nos dez anos seguintes ele dedicaria a maior parte do seu tempo à realização de pesquisas sobre a doença, da qual se tornaria um dos maiores especialistas.[102]

Em meio às funções administrativas que desempenhava, nos seis meses em que ocupou o cargo de diretor da Comissão de Febre Amarela da África Ocidental, entre 1926-1927, Sawyer investigou relatos de casos da doença entre a população local, estudou os seus possíveis vetores no continente e ajudou a testar uma variedade de animais potencialmente suscetíveis à

enfermidade (Sawyer & Bauer, 1928). Até mesmo um estudo exaustivo de 67 casos chegou a ser realizado, mas os pesquisadores não conseguiram isolar *Leptospira icteroides*, a bactéria que Noguchi havia incriminado como agente etiológico da febre amarela, o que suscitou as primeiras dúvidas acerca da teoria do médico japonês (Strode, 1951).

Durante o ano 1927, ocorreram vários surtos de febre amarela no continente africano, incluindo duas epidemias na Costa do Ouro, o que possibilitou aos pesquisadores da Fundação obter amostras de sangue de vítimas da doença nos primeiros dias de contaminação. Como o Laboratório de Lagos ficava distante da região onde os casos de febre amarela vinham tornando-se frequentes, foi criado um laboratório auxiliar em Acra, na Costa do Ouro, sob o comando do médico Alexander F. Mahaffy. Dois pesquisadores da Fundação – Edward J. Scanell e Allen M. Walcott – com experiência de trabalho na América do Sul, inclusive no Brasil, foram enviados para lá.[103]

Pouco tempo antes, o Laboratório de Lagos tinha recebido uma nova remessa de animais, que incluía alguns macacos rhesus.[104] Adrian Stokes, Johannes Bauer e Paul N. Hudson iniciaram, então, no Laboratório de Acra, pesquisas visando à domesticação do agente etiológico da febre amarela, empenhando-se em descobrir um animal suscetível à doença. Os animais de laboratório usuais (ratos, camundongos, cães e gatos) tinham se mostrado refratários à febre amarela africana, o que estava dificultando as investigações. O grupo da África ocidental, no entanto, obteve sucesso em sua tentativa de infectar experimentalmente o macaco rhesus com o sangue de uma pessoa que havia sobrevivido a um ataque da doença, um africano de 28 anos chamado Asibi, residente na Costa do Ouro (Strode, 1951). Em poucos meses, Stokes, Bauer e Hudson confirmaram que a doença era causada por um vírus ultramicroscópico e filtrável, capaz de ser transmitido entre os macacos e que podia ser transportado pelo mosquito *Aedes aegypti* (Stokes, Bauer & Hudson, 1928a, 1928b).

Entretanto, como destacam Benchimol e colaboradores (2009), os pesquisadores ainda precisavam de um caso fatal e indiscutível da doença em um ser humano, produzido pelo vírus que tinham conseguido transmitir de macaco para macaco e desses para os mosquitos, para confirmar definitivamente que o mesmo era de fato o agente etiológico da febre amarela. A possibilidade de realização de experiências com seres humanos chegou, inclusive, a ser discutida entre os dirigentes da Fundação Rockefeller, mas a ideia não foi adiante. Uma fatalidade, no entanto,

acabaria ajudando a confirmar a transmissão da enfermidade do macaco rhesus para o homem. No dia 19 de setembro de 1927, Adrian Stokes faleceu após ter sido contaminado acidentalmente no laboratório pelo vírus da febre amarela.[105] A sua morte comprovou que a doença humana e aquela desenvolvida pelo macaco eram idênticas. Tal comprovação sustentava-se em três elementos: o papel do mosquito *Aedes aegypti* na transmissão da doença, a presença da icterícia no macaco e a semelhança entre as lesões patológicas encontradas nas vítimas fatais de febre amarela e nos animais mortos em decorrência da infecção experimental.[106]

No ano seguinte, Bauer descobriu que outras espécies do mosquito *Aedes* existentes no continente africano, mas não encontradas nas Américas, também podiam transmitir a doença, o que sugeria que a sua epidemiologia podia ser bem mais complexa do que se acreditava (Bauer, 1928). Até então, a teoria que predominava, baseada nas experiências de Reed e Gorgas, era de que a febre amarela era uma doença urbana, transmitida apenas por *Aedes aegypti* e que exigia uma densa população de hospedeiros humanos não imunes para a sua propagação.

A autópsia realizada no corpo de Stokes não revelou a presença de *Leptospira icteroides,* o que suscitou mais questionamentos acerca da teoria de Noguchi.[107] A possibilidade da bactéria apontada pelo médico japonês não ser a causadora da enfermidade já havia sido levantada por Max Theiler (1899-1972) e Andrew Sellards (1884-1942), pesquisadores da Escola de Medicina Tropical da Universidade de Harvard (Harvard School of Tropical Medicine). Em 1926, eles publicaram um trabalho, no qual sustentavam que *Leptospira icteroides* e *Leptospira icterohemorrhagiae* eram microrganismos idênticos (Theiler & Sellards, 1926), o que dava a entender que a febre amarela e a doença de Weil eram etiologicamente idênticas ou, em um outro extremo, que *Leptospira icteroides* descrita por Noguchi não era o agente etiológico da febre amarela (Sellards, 1927). No ano seguinte, em novo artigo, Sellards e Theiler (1927) foram mais longe, afirmando categoricamente que as bactérias *Leptospira icteroides* e *Leptospira icterohemorrhagiae* eram o mesmo organismo. Ainda em 1927, Gay e Sellards (1927) demonstraram que as duas bactérias (na verdade, a mesma de acordo com eles) não podiam sobreviver ou serem transportadas pelo mosquito *Aedes aegypti*, demonstração que desqualificou a teoria de Noguchi.

Em uma tentativa de defender a sua teoria, em novembro de 1927 Noguchi viajou para Acra, na Costa do Ouro, seguindo, em 9 de maio de 1928, para a Nigéria, com o objetivo de realizar novas pesquisas no

Laboratório de Lagos que comprovassem que outro microrganismo, e não a bactéria *Leptospira icteroides*, era o causador da febre amarela africana e que a doença encontrada na África era diferente daquela verificada na América do Sul, o que explicaria a ausência da bactéria no sangue de Stokes e de outras vítimas fatais da doença no continente africano. O médico japonês, no entanto, acabou contraindo a enfermidade e falecendo em Acra, no dia 21 de maio de 1928, aos 51 anos de idade.[108] Poucos dias depois, em 29 de maio, o patologista William Alexander Young (1889-1928), diretor do Instituto de Pesquisas Médicas de Acra, também morreu em decorrência da doença, em virtude do manuseio de materiais orgânicos contaminados no laboratório de Noguchi.[109]

Lowy (2006: 157) destaca que, ainda que embaraçoso, o episódio *Leptospira icteroides* não provocou maiores alterações na condução da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, cujas atividades, àquela altura, se concentravam no Brasil. Ela argumenta que o combate à doença no país estava voltado exclusivamente, como vimos, para a eliminação das larvas de *Aedes aegypti* nas cidades tidas como focos-chave da enfermidade, uma estratégia que já havia sido implementada com sucesso no Equador, no México e em outras repúblicas americanas. Os testes sorológicos, por sua vez, tiveram, na opinião da autora, uma importância apenas relativa e o soro de Noguchi não chegou a ser utilizado em larga escala no país.

Lowy subestima a importância e os impactos dos acontecimentos ocorridos na África ocidental. A descoberta de que um vírus ultramicroscópico e filtrável era o agente etiológico da febre amarela, e não *Leptospira icteroides*, e a morte de Noguchi quando tentava defender os seus estudos representaram um duro golpe na Campanha Mundial de Erradicação da doença, desenvolvida pela Fundação Rockefeller desde 1918. Não foram apenas as teorias do médico japonês que começaram a desabar como consequência das pesquisas realizadas no continente africano a partir de 1925, mas sim todo um conjunto de ideias epidemiológicas basilares sobre a febre amarela que havia sido assentado no continente americano na passagem do século XIX para o XX, tais como a de que o mosquito *Aedes aegypti* era o único vetor da enfermidade e o homem o seu único hospedeiro vertebrado. Com a descoberta de que outros mosquitos eram transmissores na África e que o macaco rhesus também servia de hospedeiro da doença, todas as convicções existentes acerca da febre amarela desmoronaram (Sawyer, 1931; Lowy, 2006).

As descobertas realizadas no continente africano também contribuíram para que a Fundação Rockefeller iniciasse, a partir de 1927, um processo de reorganização interna, que conferiu à pesquisa científica um lugar de destaque e relegou a saúde pública ao segundo plano de suas atividades filantrópicas. Uma evidência nesse sentido foi o encerramento das campanhas contra a ancilostomíase que a organização filantrópica norte-americana desenvolvia em diversos países das Américas desde a década de 1910. No plano organizacional, a Fundação Rockefeller passou a contar, a partir de 1927, com cinco divisões: Artes, Ciências Sociais, Ciências da Natureza, Ciências Médicas e a Divisão de Saúde Internacional (DSI), denominação adotada no lugar de Junta de Saúde Internacional (JSI). A nova orientação da Fundação se refletiu na criação, em 1928, de um Laboratório de Febre Amarela no Brasil, localizado no estado da Bahia, que centralizaria as investigações sobre a doença na América do Sul[110] e realizaria um intenso intercâmbio de pesquisas, amostras e dados com o Laboratório de Lagos, na Nigéria, contribuindo para um melhor entendimento sobre a epidemiologia da doença nos continentes africano e americano.

Frederick F. Russell, que havia assumido o cargo de diretor da agora designada DSI (1923-1935), no lugar de Rose, acreditava, no entanto, que os vírus da febre amarela da África e da América do Sul deveriam ser reunidos em um laboratório central – longe dos laboratórios de campo da Nigéria e do Brasil – e testados para imunidade cruzada. Sawyer, que durante o processo de reorganização da Fundação Rockefeller havia assumido o cargo de diretor adjunto da DSI (1927-1935), foi o escolhido para dirigir o novo empreendimento. Desse modo, em junho de 1927, um pouco antes de descobertas inovadoras sobre a doença serem feitas na África, ele deixou o continente e retornou aos Estados Unidos. No ano seguinte, Sawyer foi nomeado diretor do novo Laboratório Central de Febre Amarela da DSI (1928-1935), criado no Instituto Rockefeller, em Nova York. Em junho de 1928, ele e três outros pesquisadores – Wray Lloyd, Stuart Kitchen e Martin Frobisher Jr.[111] – iniciaram ali o perigoso trabalho de pesquisa sobre a doença, que já havia custado as vidas de Stokes, Noguchi e Young.[112]

As pesquisas desenvolvidas no Laboratório Central de Febre Amarela da DSI estavam baseadas nas descobertas realizadas no continente africano. Sawyer, Lloyd, Kitchen e Frobisher coletaram três cepas do vírus da doença, duas africanas – o "Asibi" (enviado pela Comissão de Febre Amarela da África Ocidental) e o "francês" (que Andrew Sellards tinha obtido de um paciente no Instituto Pasteur de Dakar) – e uma da América do Sul,

o “brasileiro”, enviado por Henrique Aragão, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). O primeiro desafio com o qual os pesquisadores se defrontaram dizia respeito à preservação do vírus em amostras de sangue e tecido durante a longa viagem para os Estados Unidos. Eles descobriram, no entanto, que era possível preservá-lo por um tempo prolongado se o sangue do macaco infectado fosse liofilizado (processo de secagem a vácuo por congelamento) e colocado em tubos de vidro hermeticamente fechados (Sawyer, Lloyd & Kitchen, 1929a).[113] Superado o obstáculo, já no primeiro ano de atividades do laboratório, os pesquisadores comprovaram, através de testes de imunidade cruzada, que as três cepas de vírus produziam anticorpos protetores no macaco rhesus, o que significava que os vírus eram idênticos ou, na pior das hipóteses, muito semelhantes. Outros testes demonstraram que a doença causada por *Leptospira icteroides* de Noguchi não era febre amarela, mas sim a doença de Weil, que também provoca icterícia, confirmando a teoria de Theiler e Sellards (Sawyer *et al.*, 1930).

Enquanto isso, no Brasil, cada vez mais denúncias eram feitas por médicos e sanitaristas sobre a existência de casos de febre amarela nas áreas rurais de estados como a Bahia e Pernambuco. Tais relatos colocavam em dúvida a eficácia da teoria dos focos-chave, um modelo de intervenção sanitária que, como vimos, não era de todo aceito pelos profissionais da saúde pública brasileiros em virtude da convicção compartilhada por muitos deles de que a doença era endêmica no interior do país, região que não era o alvo principal das ações da Fundação Rockefeller (Franco, 1969).

As maiores preocupações dos sanitaristas brasileiros se concentravam no intenso deslocamento de migrantes do interior para as cidades litorâneas. Salvador, com uma população de 350 mil habitantes e uma movimentação anual de mais de cinquenta mil retirantes, estava no centro das preocupações. Temia-se que a capital baiana viesse a se constituir em um foco endêmico de febre amarela, capaz de contaminar outras cidades brasileiras. Ninguém suspeitava, no entanto, do perigo iminente que rondava o Rio de Janeiro. Acreditando que a Fundação tinha a situação sob controle, Carlos Chagas e o médico baiano Clementino Fraga, que em 1926 o substituiu na direção do DNSP, haviam reduzido as ações destinadas ao combate ao mosquito *Aedes aegypti* na capital federal, extinguindo-as por completo em janeiro de 1928 (Williams, 1994).

Como consequência, em maio de 1928 o Rio de Janeiro foi repentinamente acometido por uma severa epidemia de febre amarela, depois de vinte anos sem a presença de *Aedes aegypti* e quando não havia

nenhuma região endêmica próxima à cidade. Além da capital federal, outras 43 localidades do estado também foram atingidas. Controlada no ano seguinte, a epidemia deixou um rastro de mais de 800 casos e 436 mortes.[114] Os dirigentes das principais organizações sanitárias internacionais da época – a "Repartição de Paris" (Office International d'Higiène Publique), a Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN) e a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSP) – manifestaram grande preocupação com a epidemia,[115] assim como alguns países vizinhos que chegaram, até mesmo, a anunciar restrições às atividades comerciais com o Brasil enquanto a epidemia não fosse controlada.[116] Em carta publicada pelo jornal argentino *La Nación*, Clementino Fraga demonstrou toda a sua contrariedade com a situação, argumentando que as quarentenas eram ineficazes e anacrônicas.[117]

Quase ao mesmo tempo, foram reportados novos casos na Bahia, em Recife e em Belém. A eclosão da epidemia na capital federal suscitou uma grave crise política, durante a qual críticas contundentes foram direcionadas ao governo de Washington Luís (1926-1930), a Clementino Fraga e à própria Fundação Rockefeller, cujas teorias e métodos de trabalho foram considerados ineficazes. Nesse contexto, intensificaram-se tanto as opiniões nacionalistas contrárias à presença da Fundação Rockefeller no país quanto as comparações entre a bem-sucedida campanha de saneamento do Rio de Janeiro empreendida por Oswaldo Cruz no início do século XX e a ineficiência daquela conduzida por Fraga e o DNSP na década de 1920. De acordo com Benchimol (2001), os médicos e sanitaristas brasileiros estavam defendendo uma tradição médica consolidada, que tinha na febre amarela um de seus domínios mais importantes. Para ele, "a intromissão de estrangeiros nesse domínio, na cabeça urbana do país, era encarada como um atentado não apenas à soberania da nação mas aos lauréis mais resplandecentes da ciência brasileira" (Benchimol, 2001: 121-122).

Diante do volume de críticas a sua gestão no DNSP e da severidade da epidemia de febre amarela, em agosto de 1928 Clementino Fraga reconheceu a possibilidade de casos da doença também serem diagnosticados em outros estados, passando a defender que a questão fosse considerada em toda a sua gravidade para a saúde pública nacional. O diretor do DNSP argumentava que a situação de calamidade sanitária que o país atravessava em virtude da epidemia demandava crescentes esforços dos governos estaduais e federal em prol do combate à febre amarela e também o comprometimento e o apoio dos órgãos da imprensa na divulgação de medidas profiláticas contra

a doença para o conjunto da população. Fraga não poupava críticas ao modelo de combate à enfermidade então vigente no país, que privilegiava as grandes cidades, afirmando que "há urgência de ação, e que todo o território brasileiro susceptível de ser infestado pela febre amarela deverá ser considerado como um problema único e tratado simultaneamente em todos os pontos".[118]

Acuado pelas críticas da imprensa e de setores da oposição política, pela opinião pública e por Michael Connor, que discretamente o pressionava para transferir o controle das operações no Rio de Janeiro à Fundação Rockefeller (Williams, 1994), Clementino Fraga mobilizou mais de dez mil homens com o objetivo de sufocar a epidemia de febre amarela que havia se abatido sobre a capital federal.[119] A sua campanha contou, inclusive, com a adesão de vários setores da sociedade civil (Benchimol, 2001). As atividades desse verdadeiro "exército de mata-mosquitos", dirigido por estudantes de medicina, baseavam-se na pulverização de uma solução de *flit* – um preparado à base de piretro – para eliminar os mosquitos adultos, na aplicação de inseticidas nas caixas d'água e na utilização de peixes larvicidas. Para facilitar as pulverizações, a companhia Standard Oil forneceu bombas de ar comprimido (Fraga Filho, 1971). Tais medidas revelaram-se eficazes e a epidemia foi controlada no verão de 1929.[120] Os navios e mercadorias brasileiras puderam voltar a circular livremente depois que os países vizinhos revogaram as medidas de quarentena que haviam sido implantadas.[121]

A epidemia do Rio de Janeiro, em 1928, representou o ápice de um processo de desabamento das certezas sobre a febre amarela, que havia se iniciado alguns anos antes, com as descobertas realizadas no continente africano. Os eventos dramáticos do fim da década de 1920, na África e no Brasil, puseram em xeque as principais ideias epidemiológicas sobre a doença, bem como as teorias e práticas sobre a melhor forma de combatê-la, que sustentavam a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, lançada em 1918, por Rose e Gorgas. No plano das pesquisas sobre a doença, a Fundação Rockefeller procurou responder aos novos desafios, dando início a um processo de reestruturação interna e investindo na criação de laboratórios na África, no Brasil e nos Estados Unidos. No terreno prático, no entanto, a campanha precisava ser reorganizada com base nos novos conhecimentos que emergiam sobre a doença.

A transição da década de 1920 para os anos 1930 assistiu, então, ao desmoronamento das antigas certezas que existiam em relação à

febre amarela e ao recrudescimento dos estudos sobre a doença. Os acontecimentos e as descobertas realizadas nesse período levariam à reorganização da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller ao longo da década de 1930. O palco desse processo foi o Brasil, país que desde 1923 concentrava as atividades da Campanha nas Américas e onde o combate à doença entraria em um novo patamar, como veremos no próximo capítulo.

# 2

# Fred Soper e a Reorganização da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller nos Anos 1930

No começo da década de 1920 a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller aportou no Brasil. Planejada desde 1914 por Wickliffe Rose e William Gorgas e lançada oficialmente em 1918, a sua implementação revela um crescente interesse da organização filantrópica norte-americana na doença, que se constituiria no alvo prioritário de suas pesquisas e ações de saúde pública ao longo dos anos 1920. Cueto (1996a, 2007a) afirma que houve uma seleção das prioridades sanitárias, na medida em que a febre amarela, por incidir diretamente sobre o comércio internacional, passou a ser a enfermidade mais combatida no continente, embora não fosse a que mais matasse.

Os dirigentes da Fundação Rockefeller, interessados na livre circulação de bens e pessoas nas Américas e preocupados em proteger os Estados Unidos de uma nova epidemia, fizeram da eliminação da doença o principal objetivo das atividades sanitárias da organização no continente. A meta, por sua vez, adequava-se aos interesses de alguns governos latino-americanos que, atentos à necessidade de expandir e consolidar a autoridade estatal sobre todo o território de seus países, e preocupados com os estragos provocados pela febre amarela no comércio e na imagem de sua região, manifestaram, por iniciativa própria, o desejo de receber ajuda da Fundação Rockefeller nessa área (Castro-Santos, 1989; Lowy, 2006). Estavam criadas,

assim, as condições políticas e econômicas para a intervenção da Fundação Rockefeller nas questões de saúde pública da América Latina.

No plano científico, a luta contra a febre amarela já provara a sua capacidade de se tornar um símbolo da vitória da ciência, como havia ficado evidente nas bem-sucedidas campanhas de Gorgas em Havana e no Canal do Panamá, e de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro. Além disso, os especialistas da Fundação Rockefeller consideravam que a doença era a que melhor se prestava à *demonstração* da superioridade com que os norte-americanos tratavam a saúde pública, em razão de sua fácil eliminação através de métodos universalmente válidos e cientificamente fundamentados (Lowy, 1999).

Nos anos 1920, contudo, uma série de desafios cercavam as pesquisas sobre a febre amarela e as estratégias até então adotadas para combatê-la. Embora o seu mecanismo de transmissão já tivesse sido desvendado, a etiologia da doença permanecia desconhecida, impedindo o desenvolvimento de uma vacina. Uma outra dificuldade da época, correlata à anterior, dizia respeito à inexistência de um diagnóstico preciso, dada a semelhança dos sintomas da febre amarela com os de outras enfermidades. Tal fato prejudicava a realização de um mapeamento sobre a extensão da doença que possibilitasse um melhor planejamento das atividades e o seu direcionamento àquelas regiões onde o flagelo amarílico atacava periodicamente e com maior gravidade.

Na transição dos anos 1920 para a década de 1930, a elaboração dos modelos animais da febre amarela e de novos métodos para o estudo do seu agente etiológico em laboratório fizeram com que a enfermidade se tornasse um objeto de pesquisa fundamental do campo da virologia, então nascente, e uma área de elaboração de novas técnicas e de abordagens inovadoras. Como destaca Lowy (2006: 129-130), "os dirigentes da Fundação Rockefeller foram, desse modo, sensíveis ao prestígio científico associado aos trabalhos em torno desta doença, bem diferente daquele associado à luta contra a ancilostomose".

O Brasil foi considerado pela Fundação Rockefeller como um lugar importante para a demonstração da superioridade da saúde pública norte-americana no combate à febre amarela. Dentre os fatores que despertaram o interesse da organização em desenvolver ações sanitárias no país destacam-se as relações cordiais que o governo brasileiro mantinha com Washington no campo diplomático, a existência de uma bem consolidada tradição médica local de combate às doenças, a estrutura federativa do sistema político e o caráter estadual do ensino superior, que embasavam a crença de

que os quadros e estruturas de saúde pública do país seriam mais permeáveis à introdução dos novos modelos médico-sanitários preconizados pela Fundação Rockefeller (Cueto, 1994b). No entendimento dos especialistas norte-americanos, esses elementos conferiam ao Brasil uma importância estratégica no continente (Faria, 1995: 115). Eles também consideravam as elites brasileiras "suficientemente ocidentalizadas" para valorizar as inovações oriundas dos Estados Unidos (Lowy, 2006).

Desse modo, o Brasil se tornou o último país da América do Sul a receber a colaboração da Fundação Rockefeller nos marcos da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela. A eliminação da doença do território brasileiro era o fim apoteótico da Campanha nas Américas sonhado pelos dirigentes da organização, pois atestaria a melhor adequação dos métodos e teorias dos norte-americanos se comparados àqueles empregados pelos brasileiros. Entretanto, como vimos no capítulo anterior, descobertas realizadas na África e a epidemia do Rio de Janeiro (1928-1929) minaram as bases epidemiológicas e práticas sobre as quais se assentava a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela que, nesse cenário, teve que passar por um processo de reorganização, de modo a incorporar os novos conhecimentos e métodos de combate à enfermidade. Assim, de palco da vitória final sobre a febre amarela nas Américas e do triunfo da saúde pública norte-americana sobre a brasileira, o Brasil se tornou o país a partir do qual a Campanha Mundial da Fundação Rockefeller seria reestruturada e onde a luta contra a doença entraria em uma nova fase.

O objetivo deste capítulo é analisar a reorganização da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, no Brasil, ao longo da década de 1930, cobrindo o período compreendido entre 1929, quando, ainda sob os efeitos da epidemia do Rio de Janeiro, novos acordos são assinados entre o Estado brasileiro e a Fundação Rockefeller; e 1939, ano em que a organização filantrópica norte-americana passou toda a responsabilidade pelas atividades de combate à doença para o governo federal. Nesse intervalo, o desenvolvimento de novas técnicas laboratoriais permitiria a realização de um mapeamento da extensão da febre amarela nas Américas, durante o qual novas descobertas sobre a enfermidade foram feitas. O responsável tanto por essa investigação continental quanto pela reorganização da Campanha Mundial foi o médico norte-americano Fred Soper, que em 1927 assumiu a chefia do recém-criado Escritório Regional da Fundação Rockefeller no Brasil, localizado no Rio de Janeiro, e a partir de 1930, o comando das atividades antiamarílicas realizadas no país.

Em um primeiro momento destacarei os impactos dos novos conhecimentos sobre a febre amarela e da epidemia do Rio de Janeiro sobre as relações entre a Fundação Rockefeller e o Brasil. A seguir, a minha análise recairá sobre as novas descobertas realizadas no país que, somadas àquelas que estavam sendo feitas no continente africano, desde meados dos anos 1920, levariam a uma reorganização da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela. Em um terceiro momento, abordarei os impactos de uma nova calamidade sanitária que se abateu sobre o Nordeste do Brasil nos anos 1930 – provocada pela chegada à região de um dos principais vetores da malária –, sobre as ideias e práticas de combate à febre amarela então vigentes. Encerra-se o capítulo com uma discussão sobre o fortalecimento do conceito de erradicação das espécies como a melhor forma de se combater as doenças transmitidas por mosquitos.

## Os Impactos da Epidemia de Febre Amarela do Rio de Janeiro sobre as Atividades da Fundação Rockefeller no Brasil

A eliminação da febre amarela da capital federal não implicou o término das controvérsias acerca da origem da epidemia. Clementino Fraga se dedicava a comprovar que o governo brasileiro e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) não deveriam ser responsabilizados por sua eclosão, o mesmo não podendo ser dito em relação à Fundação Rockefeller. De acordo com o diretor do DNSP, o governo havia feito um acordo com a Fundação Rockefeller para acabar com a ameaça representada pela febre amarela em vastas regiões do Norte e do Nordeste do país e Fundação se revelou incapaz de eliminar a enfermidade, inclusive das áreas próximas à capital. Tal acusação, contudo, restringiu-se a documentos internos.[122] Publicamente, Fraga e os especialistas norte-americanos prosseguiam com a cooperação, uma vez que a opinião pública apoiava o trabalho que a Fundação Rockefeller realizava no país. O apoio se respaldava no contraste entre a dimensão que a epidemia do Rio de Janeiro assumiu e a ausência de casos da doença nas cidades portuárias do Nordeste, nas quais os técnicos da Fundação Rockefeller haviam conseguido eliminar o mosquito *Aedes aegypti*. De acordo com Lowy (2006: 164), "a comparação dos dois quadros aumentou o prestígio da Fundação Rockefeller, sendo a sua eficácia comparada à inação do DNSP no Rio de Janeiro".

Enquanto a epidemia grassava pelo Rio de Janeiro e por outras cidades da América do Sul,[123] a campanha da Fundação Rockefeller contra o mosquito *Aedes aegypti* foi capaz de manter as cidades nordestinas relativamente imunes à doença, o que contribuiu para fortalecer a sua posição no Brasil.[124] A Fundação Rockefeller e algumas autoridades brasileiras interpretaram esse acontecimento como um sinal de que se necessitava de mais poder para pôr em prática medidas sanitárias em todo o território nacional (Cueto, 1996a). De acordo com Lowy (1999: 654), “as teorias dos norte-americanos foram invalidadas, mas não as suas práticas sanitárias e habilidades organizacionais”.

Desse modo, os diretores da Fundação Rockefeller conseguiram negociar com os dirigentes políticos do país condições extremamente favoráveis para uma campanha contra o mosquito. O primeiro desses novos acordos entre a Divisão de Saúde Internacional (DSI) da Fundação Rockefeller e o governo brasileiro foi assinado em 25 de janeiro de 1929 e instituiu o Serviço Cooperativo de Febre Amarela (SCFA), uma nova agência que visava combinar os esforços sanitários realizados nas esferas estadual e federal com aqueles empreendidos pelos norte-americanos. Pelo acordo, o país foi dividido em duas áreas, como forma de melhor implementar as atividades de combate à febre amarela. A região Norte, compreendida entre os estados da Bahia e do Amazonas, ficaria sob a responsabilidade da Fundação Rockefeller, enquanto o DNSP, ainda sob a direção de Clementino Fraga, se encarregaria da região sul, que englobava o Distrito Federal e os estados do Espírito Santo e São Paulo.[125] Em dezembro de 1929, a Fundação Rockefeller passou a controlar as atividades de combate à febre amarela em praticamente todo o país, com exceção do estado do Rio de Janeiro.[126]

Em dezembro de 1930, já com Getúlio Vargas na presidência da República, o convênio com a Fundação Rockefeller foi revisto, passando a prever a transferência de grande parte dos custos da campanha para o governo federal (80%), uma maior área de intervenção (todo o Brasil, com exceção do estado do Rio de Janeiro) e ampla liberdade para os funcionários da Fundação Rockefeller gerenciarem e coordenarem as atividades do SCFA.[127] Segundo Lowy (1999: 657), após o acordo de 1930, os norte-americanos “assumiram os cargos de direção de uma agência governamental que era custeada, principalmente, pelos contribuintes do Brasil, mas que não devia satisfações a nenhuma instituição do país”.

A assinatura dos novos acordos entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro foi antecedida pela chegada ao país, em 1927, do médico

e sanitarista norte-americano Frederick Lowe Soper (1893-1977), para assumir a chefia do Escritório Regional da Fundação Rockefeller (1927-1942), criado nesse ano, no Rio de Janeiro, como parte do processo de reestruturação interna da organização. Formado em medicina, em 1918, pela Universidade de Chicago, Soper se doutorou alguns anos depois pela Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Ambas as instituições recebiam apoio da Fundação Rockefeller, que rapidamente o contratou para a sua Junta de Saúde Internacional (JSI). Entre 1920 e 1927, ele trabalhou nas campanhas contra a ancilostomíase que a organização empreendia no Paraguai. No Brasil a partir de 1927, Soper pôde acompanhar os impactos da epidemia de febre amarela que se abateu sobre o Rio de Janeiro em 1928, tornando-se o principal responsável pelas articulações que levaram à assinatura dos novos acordos. Em junho de 1930, com o retorno de Michael Connor aos Estados Unidos, ele assumiu também o cargo de inspetor-geral do recém-criado SCFA, passando a comandar as atividades de combate à doença no país empreendidas conjuntamente pela organização filantrópica norte-americana e o governo brasileiro.[128]

Soper acreditava que a epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro em 1928-1929 tinha confirmado a capacidade da Fundação Rockefeller de organizar a eliminação de *Aedes aegypti*, mas havia posto em dúvida o valor de suas hipóteses epidemiológicas. Em carta enviada a Frederick F. Russell, diretor da DSI, ele resumiu a nova percepção da epidemiologia da doença, argumentando, em consonância com o que já defendiam os sanitaristas brasileiros, que a enfermidade jamais havia desaparecido do interior do país. Na sua opinião, a ocorrência de casos de febre amarela em 1928 levou alguns norte-americanos – inclusive ele – a duvidar da viabilidade da erradicação da doença através de métodos de controle implementados unicamente nas grandes cidades e em localidades nas quais a enfermidade era visível. A sua proposta consistia em dividir o país em três zonas, estabelecidas com base no nível de visibilidade da febre amarela. A primeira delas seria o litoral, onde a visibilidade da doença era boa, em virtude da presença de imigrantes – mais suscetíveis a contraí-la – e de médicos que eram capazes de diagnosticar os casos típicos. A segunda seria o cerrado, zona de transição entre o litoral e o sertão, na qual a visibilidade também era relativamente boa, tendo em vista o nível reduzido de imunizações e a relativa ausência da malária, frequentemente confundida com a febre amarela. A terceira zona seria o próprio sertão, onde a doença era pouco visível e a sua ocorrência provavelmente baixa. De acordo com Soper, as zonas dois e três poderiam

prescindir de uma ação sanitária específica que, mesmo assim, a febre amarela permaneceria indefinidamente em estado endêmico. Tal situação podia ser explicada tanto pelo reduzido índice de infecção, que induziria a imunidade nos recém-nascidos, quanto, de forma alternativa, pela presença de um vírus de baixa virulência.[129]

Além de Soper, a partir de 1930 outros especialistas da Fundação Rockefeller passaram a admitir com maior frequência a presença da febre amarela no interior do país, dedicando-se a pensar na melhor forma de erradicá-la.[130] Em visita ao Brasil realizada nesse ano, Wilbur Sawyer, na época diretor adjunto da DSI e diretor do Laboratório Central de Febre Amarela, em Nova York, recomendou que o controle dos mosquitos fosse estendido às zonas rurais. Na sua opinião, a forma mais eficaz de sanear o interior do país era criar o que ele designava "zonas limpas" que, uma vez estabelecidas, não necessitariam ser inspecionadas frequentemente.[131] Em Pernambuco, o plano da Fundação Rockefeller de pôr em prática a sua nova abordagem previa a ampliação do controle dos mosquitos no interior do estado, com o objetivo de diminuir a sua densidade a um índice inferior a 5%. Os recursos necessários para tal ampliação eram relativamente baixos e poderiam ser parcialmente cobertos pela economia proporcionada pela redução das atividades nas áreas onde a densidade de mosquitos diminuía.[132]

Uma vez empossado no cargo, Soper procurou implementar a nova abordagem da Fundação Rockefeller em escala nacional, expandindo as atividades de combate à febre amarela para as áreas rurais do país, mantendo contatos mais estreitos com médicos e sanitaristas brasileiros e procedendo a uma completa reorganização administrativa do SCFA, que contribuiu para aumentar a sua eficácia. No novo modelo operacional introduzido por ele, houve uma significativa ampliação dos mecanismos de controle da instituição filantrópica norte-americana sobre as atividades de combate à enfermidade.[133]

Entre 1930 e 1934, Soper reestruturou a campanha contra a febre amarela desenvolvida no país, estabelecendo uma coleta de dados mais detalhada e uniforme das atividades de campo, um rígido controle dos supervisores sobre as atividades dos seus subordinados, uma rotina de aplicação de óleo em recipientes d'água e a busca meticulosa por mosquitos adultos e larvas no interior das residências. Desse modo, os funcionários da Fundação Rockefeller passaram a adotar novas práticas em suas ações cotidianas, tais como a elaboração de mapas sobre a extensão e a endemicidade da febre amarela em vastas regiões do interior do país, censos

populacionais e representações cartográficas detalhadas das áreas onde casos da enfermidade haviam sido notificados, além de relatórios sobre as condições e o modo de vida das populações rurais, sempre associados às características naturais e ecológicas das regiões que habitavam. Essas medidas objetivavam identificar com maior precisão os principais focos de febre amarela para aumentar a eficácia das atividades de erradicação.[134]

As inovações introduzidas por Soper se traduziram em uma crescente hierarquização dos serviços e atividades destinados ao combate à doença no país e no fortalecimento da estrutura e do quadro de funcionários do SCFA, tendo em vista a fiscalização das atividades desses profissionais e da eficácia das ações sanitárias empreendidas. No que concerne ao controle do mosquito nas áreas rurais do país, os meios de combate eram os mesmos que haviam sido adotados na década de 1920 nas grandes cidades. Lowy afirma que as novas estratégias de ação traziam consigo, novamente, uma tendência à responsabilização das populações rurais pelos resultados e sucessos obtidos. De acordo com a autora, durante a gestão de Soper à frente do SCFA:

> A campanha da erradicação de *Aedes aegypti* estava, portanto, assentada em cuidadosa divisão de trabalho e num bem organizado sistema de supervisão da população local pelo Serviço de Febre Amarela, e dos empregados deste serviço por seus superiores hierárquicos.
>
> Podemos encarar a organização deste serviço na década de 1930 como uma versão sertaneja do Taylorismo. (Lowy, 1999: 659-663)

O novo modelo operacional implementado por Soper foi favorecido pela adoção de duas novas técnicas laboratoriais, que foram rapidamente incorporadas aos métodos de diagnóstico da febre amarela e aumentaram a sua visibilidade e a precisão na identificação dos seus sintomas. A primeira delas foi a viscerotomia, difundida no país nos anos 1930, e que consistia na introdução de um aparelho com uma lâmina cortante e pontiaguda no fígado dos cadáveres para a retirada de uma amostra do órgão. A técnica permitia a confirmação laboratorial de que a morte ocorrera em decorrência da febre amarela, cujos sintomas eram semelhantes aos de outras enfermidades.[135]

A dificuldade de mapear a extensão da febre amarela foi um dos principais problemas que atrapalharam o desenvolvimento da Campanha Mundial de Erradicação nos anos 1920. Até então, a doença só podia ser diagnosticada se a vítima apresentasse evidências clínicas características, como o vômito preto. Entretanto, na maioria dos casos, a enfermidade

não vinha acompanhada de tais evidências, de modo que só era possível diagnosticá-la após a morte do doente quando, então, o fígado era aberto em busca de lesões que, por sua vez, também eram objeto de controvérsias. Somente em 1928, quando Henrique da Rocha Lima (1879-1956), pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), associou as lesões encontradas no fígado de vítimas fatais da febre amarela à noção moderna de vírus foi que o diagnóstico da doença realizado dessa forma obteve uma maior aceitação.[136]

Sob o comando de Soper, as análises histopatológicas do fígado de vítimas fatais da febre amarela, baseadas nas pesquisas de Rocha Lima, rapidamente se tornariam uma parte importante da campanha contra a doença no país.[137] A viscerotomia conferia uma maior confiabilidade aos inquéritos sanitários e permitia a realização de um mapeamento da extensão da doença, por meio da coleta de amostras de fígado das pessoas suspeitas de terem morrido em decorrência da febre amarela e de sua análise no laboratório do Rio de Janeiro.[138] Assim, a organização de serviços de viscerotomia, em um primeiro momento no Brasil e posteriormente no continente inteiro, ajudou a preencher o mapa da febre amarela na América do Sul a partir do começo dos anos 1930.[139]

A implantação da nova técnica, contudo, não foi uma tarefa fácil, em virtude da forte reação popular ao novo método. Como destaca Benchimol (2001), muitas pessoas se recusavam a permitir que os cadáveres dos seus familiares fossem "profanados" pelos agentes de saúde. Houve até mesmo casos de médicos e outros técnicos que foram assassinados em razão das atividades de viscerotomia que realizavam.

A segunda técnica laboratorial adotada com sucesso nos anos 1930 no combate à febre amarela foi o desenvolvimento de um novo modelo animal da doença. Como vimos anteriormente, as pesquisas visando à domesticação do vírus da enfermidade tinham se iniciado em 1927, quando Adrian Stokes, Johannes Bauer e Paul Hudson obtiveram êxito em sua tentativa de infectar experimentalmente o macaco rhesus. Com a comprovação de que a doença humana e aquela desenvolvida pelo macaco eram idênticas, eles puderam domesticar o vírus da febre amarela no animal para as suas pesquisas. Adquirir espécimes do macaco rhesus, no entanto, era caro e difícil, de modo que o desenvolvimento de um novo modelo animal da doença se fazia necessário.

O responsável por sua criação foi Max Theiler, o mesmo que alguns anos antes havia refutado as teses do médico japonês Hydeo Noguchi.

Trabalhando em seu laboratório na Universidade de Harvard, o pesquisador observou que os camundongos não apresentavam os sintomas clássicos da enfermidade quando o vírus da doença era injetado no seu abdômen, mas desenvolviam encefalite (inflamação do cérebro) quando a inoculação era feita diretamente no cérebro. Também descobriu que a doença se tornava mais grave a cada transferência de tecido cerebral infectado de um camundongo a outro. Para comprovar que a encefalite nos animais era causada pelo vírus da febre amarela, Theiler demonstrou que, se o vírus fosse misturado com o soro de uma pessoa que havia sobrevivido a um ataque da doença e que, portanto, tornara-se imune, e injetado nos camundongos, ele era neutralizado, imunizando o animal contra a encefalite. Se, por outro lado, fosse utilizado soro não imune, os ratos desenvolviam a enfermidade.[140]

Apesar de diferir da doença humana, que atacava rins e fígado, esse novo modelo animal tinha a vantagem de tornar mais fácil e barata a sobrevivência do vírus em laboratório, possibilitando a realização de novas pesquisas sobre a febre amarela. Quando Theiler publicou as suas descobertas, em 1930, Sawyer e Russell foram visitá-lo em Harvard para conhecer melhor o seu trabalho. Logo em seguida ele foi contratado pela Fundação Rockefeller e juntou-se à equipe de pesquisadores do Laboratório Central de Febre Amarela da DSI, em Nova York (Sawyer, 1931).

No Laboratório Central da DSI, Theiler decidiu repetir no macaco rhesus a experiência feita com camundongos, observando que, ao contrário do que acontecia com esses, a cada transmissão entre os macacos, o vírus da febre amarela se enfraquecia, tornando-se menos agressivo para o fígado e os rins. O pesquisador concluiu, então, que era possível obter uma versão atenuada do agente etiológico da doença através de inoculações sucessivas em macacos rhesus. A descoberta viabilizou a elaboração de um teste de imunidade padronizado para a febre amarela, utilizando camundongos, capaz de revelar a presença de anticorpos neutralizantes contra a doença em certos indivíduos.

O teste de proteção em camundongos, como ficou conhecido, era realizado por meio da mistura do soro de pessoas que habitavam áreas onde casos de febre amarela tinham sido reportados, com o vírus atenuado em laboratório, inoculado no cérebro do animal através de uma injeção intracerebral. Se o camundongo não desenvolvesse encefalite, isso indicava que o doador do soro tinha contraído a febre amarela em algum momento, pois os anticorpos presentes em seu sangue haviam neutralizado o vírus transmitido ao rato, impedindo que ele desenvolvesse a doença.[141] Sabia-se,

então, que o vírus da febre amarela existia na região naquele momento ou tinha existido em um passado recente. Desse modo, o novo teste deu uma maior visibilidade à doença, ao permitir que a presença do vírus fosse detectada em um determinada localidade, constituindo-se, assim, em uma importante ferramenta para mapear as regiões onde a febre amarela havia ocorrido nas gerações recentes.[142]

Na América do Sul, o mapeamento da extensão da febre amarela ficou a cargo do Escritório Regional da Fundação Rockefeller, localizado no Rio de Janeiro e chefiado por Soper. A investigação, realizada entre 1931 e 1936, cobriu quase a totalidade dos países da região, com exceção da Argentina e do Uruguai. Os seus resultados foram publicados em 1937, fornecendo aos trabalhadores de saúde pública do continente uma imagem bem mais precisa da epidemiologia da doença na região nas últimas gerações (Soper, 1937).

Além da viscerotomia e do teste de proteção em camundongos, o novo contexto político-institucional do Brasil também favoreceu as atividades da Fundação Rockefeller no país e as novas estratégias implementadas por Soper para a erradicação da febre amarela. A instauração de um novo regime político a partir de 1930 assinalou o início de um processo de modernização e de aprofundamento da colaboração com os Estados Unidos, bem como a implementação de uma abordagem mais centralizadora da saúde pública, que aumentou as oportunidades de controle tanto do mosquito quanto da população. Tais elementos se coadunavam com as novas estratégias implementadas pela Fundação Rockefeller durante a gestão de Soper (Lowy, 1999: 659).

O combate às principais doenças endêmicas fazia parte do projeto de modernização que Getúlio Vargas procurou implementar desde que chegou ao poder, em outubro de 1930. Uma evidência pode ser encontrada no decreto n. 19.541, de 29 de dezembro de 1930, que concedida isenção de impostos aos equipamentos e materiais que a Fundação Rockefeller importava para o combate à febre amarela no país. Nele, Vargas enaltecia a colaboração da Fundação no desenvolvimento de ações sanitárias no país, com destaque para a erradicação da febre amarela:

> Considerando os extraordinários benefícios que há quinze anos a Fundação Rockefeller vem prestando à causa da Saúde Pública no Brasil, cooperando com as administrações do país já no estabelecimento de postos provisórios e permanentes de higiene municipal, já na criação de um instituto de higiene e de uma Escola de Enfermeiras, já no aperfeiçoamento técnico de numerosos médicos e

> enfermeiros brasileiros, já na luta contra a febre amarela nos estados do Norte; considerando que a referida Fundação acaba de atender ao apelo a ela endereçado pelo Governo Provisório a fim de cooperar na luta contra a febre amarela no Sul do país, evitando, assim, vultosos dispêndios ao erário público federal e estadual; considerando não ser razoável cobrarem as nossas alfândegas quaisquer direitos ou taxas pelo material emprestado para esta instituição. (*Diário Oficial da República*, 1931 *apud* Faria & Castro-Santos, 2003)

O contexto político favorável, os incentivos concedidos por Vargas e a disposição de Soper de erradicar a febre amarela do Brasil, no entanto, não foram suficientes para resolver os sérios problemas administrativos que a campanha contra *Aedes aegypti* enfrentava nas áreas rurais do país. O principal deles eram os altos custos que a organização das medidas contra *Aedes aegypti* demandava, fator que contribuiu para que a Fundação Rockefeller mudasse de estratégia, passando a adotar medidas sanitárias permanentes nas localidades em que atuava apenas durante os curtos ciclos de inspeção. Como resultado, os censos populacionais das áreas atingidas eram mal elaborados, caracterizando-se pela incerteza e imprecisão. Embora as atividades dos funcionários da Fundação Rockefeller nas zonas rurais fossem controladas pelos inspetores distritais, determinadas localidades atingidas pela campanha eram tão distantes e isoladas que era praticamente impossível para os funcionários do SCFA realizar qualquer ação fiscalizadora. Um trabalho eficiente de fiscalização nessas localidades aumentaria ainda mais os custos da campanha, o que não era a intenção da Fundação Rockefeller.[143] Nesse contexto, a organização filantrópica norte-americana se dedicou à montagem de postos de viscerotomia no interior do país, de modo a identificar as regiões onde a doença estava disseminada para, com isso, poder direcionar as suas atividades e recursos.[144]

## A Descoberta da Febre Amarela Silvestre e o Desenvolvimento de uma Vacina contra a Doença

A organização de serviços de viscerotomia no interior do Brasil levou a uma descoberta que alteraria definitivamente os rumos da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller. Exames histopatológicos de amostras de fígado, realizados entre 1929 e 1932, revelaram que a febre amarela era endêmica nas áreas rurais de

alguns estados, o que sinalizava a existência de um novo padrão da doença, amplamente disseminado no interior do país. Nesse período, o SCFA tinha conseguido mapear e controlar a enfermidade com sucesso na região Nordeste, e os seus funcionários estavam otimistas quanto à possibilidade de erradicá-la através da eliminação do mosquito *Aedes aegypti*.[145] Acreditava-se, então, que o inseto era o único vetor da doença nas Américas. Entretanto, em 1932 explodiu uma epidemia de febre amarela no Vale do Canaã, uma região do estado do Espírito Santo onde os inspetores do SCFA não haviam encontrado *Aedes aegypti* anteriormente. Exames de viscerotomia realizados nas vítimas fatais confirmaram que se tratava de um surto epidêmico da doença.[146]

Após a notificação dos primeiros casos no Vale do Canaã, Soper, Henrique Penna, E. Cardoso, J. Serafim Jr., Martin Frobisher Jr. e J. Pinheiro iniciaram minuciosas investigações na região. Como forma de verificar a distribuição da imunidade, eles colheram amostras de sangue de mais de seiscentas pessoas da área. Além disso, como o mosquito *Aedes aegypti* não foi encontrado, os pesquisadores empreenderam a captura de mosquitos no interior das residências, em diferentes horas do dia e da noite, para verificar quais eram as espécies mais comuns na região. Em um trabalho publicado em 1933 – que se constituiu no primeiro a tratar da epidemia de “febre amarela rural” do Vale do Canaã – Soper e colaboradores apresentaram como explicação para esse surto epidêmico a tese de que, periodicamente, o vírus da enfermidade era introduzido na região proveniente de áreas próximas onde existia *Aedes aegypti*, fazendo com que surgissem focos endêmicos, mas silenciosos da doença nas proximidades. Uma vez presente no Vale do Canaã, o vírus era transmitido por um ou mais vetores, muito disseminados mas ineficientes, uma vez que os casos nunca alcançavam um número comparável ao das epidemias urbanas.[147]

Essa explicação não se sustentou por muito tempo, pois praticamente todos os casos de *febre amarela sem Aedes aegypti* da região foram verificados em indivíduos que tinham um vínculo estreito com a floresta, em geral famílias que habitavam nas suas proximidades ou trabalhadores que desempenhavam as suas atividades na selva. Supôs-se, então, que a doença era proveniente de um reservatório natural de vírus entre os animais selvagens, provavelmente macacos.[148] Tal observação não era surpreendente na medida em que, desde 1914, alguns pesquisadores já suspeitavam dessa hipótese.[149]

Após análises histológicas de tecidos do fígado de vítimas fatais, refutou-se de vez a tese de que *Aedes aegypti* era o único vetor da febre amarela nas Américas e os seres humanos os únicos hospedeiros da doença.

A antiguidade do vírus encontrado na região – confirmada por testes de proteção em camundongos – e a sua capacidade de sobrevivência em macacos injetados com o sangue de doentes da localidade deram segurança para que Soper e os seus colaboradores afirmassem que a febre amarela podia ocorrer mesmo na ausência de *Aedes aegypti*.[150] Assim, em meados da década de 1930, outros insetos e até animais silvestres passaram a ser considerados como potenciais vetores da doença (Taylor & Cunha, 1946; Laemmert, Ferreira & Taylor, 1946).

Em 1928, Bauer já havia publicado um trabalho no qual demonstrava que outros mosquitos existentes no continente africano, além de *Aedes aegypti*, podiam transmitir o vírus da febre amarela (Bauer, 1928). Lowy (1999) destaca, no entanto, que as análises histológicas do fígado das pessoas mortas em decorrência da doença e os testes de proteção em camundongos foram fundamentais para a derrubada da tese da transmissão exclusiva por *Aedes aegypti*. Benchimol (2001) assevera, contudo, que o crescente ceticismo dos médicos brasileiros, que sempre questionaram esse dogma defendido pelos especialistas da Fundação Rockefeller na década de 1920, também foi decisivo para essa mudança de ponto de vista. Ele cita como exemplo o trabalho publicado, em 1928, por Adolfo Lutz, contendo as observações realizadas em 1899, no interior de São Paulo, acerca de casos de febre amarela sem *Stegomyia fasciata*, no qual ele atribuía o papel de vetor da enfermidade a "mosquitos do mato, mais ou menos parentes".

Ao longo da década de 1930, ocorreram epidemias de febre amarela silvestre também nas áreas rurais de países vizinhos do Brasil, tais como a Bolívia, a Venezuela e a Colômbia.[151] Nos surtos epidêmicos, evidenciou-se que a etiologia e o controle da doença não podiam mais ser reduzidos aos postulados das primeiras décadas do século XX e explicados pelo paradigma médico vigente, que considerava a febre amarela uma doença urbana, transmitida por uma única espécie de mosquito e que só se tornava endêmica em localidades onde a população era numerosa (Strode, 1951).

Nesse contexto, foram impulsionadas as pesquisas dos zoólogos e entomologistas da Fundação Rockefeller que, até a década de 1950, tentaram, em maior ou menor grau, descrever o ciclo de vida natural do vírus da doença nos insetos e animais selvagens. As experiências realizadas em campo e no laboratório revelaram que a febre amarela silvestre e a urbana eram idênticas do ponto de vista clínico: ambas eram causadas pelo mesmo vírus, produziam as mesmas lesões no homem e nos animais e uma imunidade cruzada perfeita. Observou-se também que várias cepas do

vírus silvestre podiam ser transmitidas por *Aedes aegypti* e que algumas outras espécies de mosquito, encontradas na floresta, eram capazes de transmitir o vírus da febre amarela urbana. Havia, contudo, uma diferença importante. Ao passo que a modalidade urbana da doença era contraída no interior ou nas cercanias das residências e assentava-se no ciclo homem/*Aedes aegypti*/homem, a febre amarela silvestre era transmitida, geralmente, longe das habitações humanas e dependia de um ciclo de infecção no qual nem o ser humano nem o mosquito *Aedes aegypti* eram os elos mais importantes (Benchimol, 2001).

A descoberta da febre amarela silvestre modificou a própria percepção que se tinha da febre amarela que, de doença que vitimava exclusivamente o ser humano, passou a ser considerada uma enfermidade típica dos animais selvagens, que contaminava o homem de maneira acidental e cujas epidemias ocorriam porque o vírus podia ser facilmente transmitido por um mosquito que vivia nas proximidades das habitações humanas (Lowy, 2006: 173-174).

No plano da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela – que àquela altura tinha o Brasil como o principal teatro de operações –, a convicção de que o vírus da doença encontrava um reservatório natural nos animais selvagens diminuiu o entusiasmo dos dirigentes da Fundação Rockefeller sobre a possibilidade de erradicá-la. As atividades da Campanha foram, então, reorientadas, dividindo-se em duas frentes: o combate ao mosquito *Aedes aegypti* nas cidades e o controle do vírus nas regiões rurais onde a doença era endêmica, o que só poderia ser feito através da administração de uma vacina às populações que habitavam essas áreas. Nesse contexto, ganharam impulso as pesquisas relacionadas à produção de uma vacina contra a febre amarela.[152]

Desde o fim dos anos 1920, antes, portanto, da descoberta da febre amarela silvestre, Wilbur Sawyer, Wray Lloyd, Stuart Kitchen e Martin Frobisher trabalhavam no desenvolvimento de uma vacina contra a doença no Laboratório Central da DSI, em Nova York. Tal tarefa se fazia urgente já naquela época. No início de 1929, pelo menos dez pesquisadores, em laboratórios localizados em Berlim e Londres, tinham contraído a enfermidade acidentalmente ao trabalharem com o sangue e tecidos de macacos infectados. Em abril daquele ano, o próprio Sawyer foi contaminado, o que ocasionou o seu afastamento das atividades de pesquisa por cinco semanas. Nos dois anos seguintes, outros funcionários do Laboratório Central da DSI também contraíram o vírus da febre amarela, embora nenhum deles tenha morrido em decorrência da enfermidade.

Em 1931, já com Theiler incorporado à equipe, os pesquisadores da Fundação Rockefeller desenvolveram a primeira vacina eficaz contra a febre amarela, utilizando o vírus atenuado. A vacina tinha duas partes: uma suspensão de 10% do tecido do cérebro do rato com o vírus da doença em soro estéril fresco e soro humano imune obtido de pessoas recentemente recuperadas da enfermidade (grande parte da equipe do laboratório àquela altura, incluindo Sawyer e Theiler). As duas partes eram inoculadas simultaneamente. Bruce Wilson, que havia retornado recentemente do Brasil, ofereceu-se para ser a primeira cobaia humana. Sem efeitos colaterais a não ser dor e inchaço nos locais da injeção, Wilson desenvolveu um bom nível de imunidade em poucos dias. Essa primeira vacina contra a febre amarela, contudo, não era adequada para a produção em larga escala, pois a sua fabricação dependia do soro de seres humanos imunes à doença. A Fundação Rockefeller, no entanto, utilizou-a para vacinar, nos quatro anos seguintes, 85 funcionários, entre técnicos de laboratório e pessoal de campo, pondo fim às infecções acidentais que, muitas vezes, eram fatais.[153]

Nesse meio tempo, Theiler continuou a pesquisar formas de atenuar ainda mais o vírus da febre amarela, de modo a eliminar a sua capacidade de produzir encefalite, tornando-o, portanto, seguro o suficiente para ser utilizado em campanhas de vacinação em massa. Em conjunto com outros pesquisadores, ele também investigava maneiras de cultivar o vírus em algo mais simples do que o cérebro de um camundongo vivo. Ao contrário das bactérias, que podem ser cultivadas em materiais inorgânicos, os vírus precisam estar em algum tipo de tecido vivo para sobreviver e se multiplicar. Em 1932, Theiler e Eugen Haagen obtiveram sucesso em suas experiências de propagação do vírus da febre amarela em várias culturas de tecidos vivos, sendo a de embriões de galinha a melhor delas.[154]

Assim, de 1934 a 1936, a equipe do Laboratório Central de Febre Amarela da DSI cultivou várias cepas de vírus utilizando diferentes tecidos de animais vivos e verificando periodicamente os seus efeitos no macaco rhesus. Em 1937, Theiler, Hugh Smith e outros pesquisadores desenvolveram um vírus atenuado e seguro da febre amarela, por meio de uma cepa que eles chamaram de 17D, que não causava os sintomas da doença ou de encefalite, e ainda estimulava a produção de anticorpos. Eles também desenvolveram métodos para a produção da vacina em grandes quantidades, tornando possível, assim, a organização de programas de vacinação em massa contra a doença.[155]

Sawyer, que em 1935 havia passado o comando do Laboratório para Johannes Bauer para assumir a direção da Divisão de Saúde Internacional (1935-1944), continuou a manter um contato estreito com a equipe de pesquisa.

No Laboratório Central de Febre Amarela da DSI, deu-se início imediatamente aos preparativos para a produção em larga escala da vacina 17D, que rapidamente foi incorporada aos programas de combate à doença na América do Sul. Sawyer, que em 1935 havia passado o comando do Laboratório para Bauer para assumir a direção da DSI (1935-1944), continuou a manter um contato estreito com a equipe de pesquisa. Como diretor da DSI, coube a ele as decisões finais sobre a produção de vacinas e os primeiros testes de campo, que foram realizados no Brasil, no início de 1937.[156] No ano seguinte, oitocentos mil brasileiros foram imunizados contra a febre amarela.[157] Em meados de 1940, esse número havia subido para cerca de dois milhões (Franco, 1965).

## Malária no Nordeste e a Consolidação de uma Mudança Conceitual: da eliminação da doença à erradicação do seu vetor

As recentes descobertas sobre a febre amarela foram o tema da apresentação de Soper na IX Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada entre 12 e 22 de novembro de 1934, em Buenos Aires. Nessa ocasião, o diretor do Escritório Regional da Fundação Rockefeller descreveu a febre amarela silvestre, identificada no Vale do Canaã dois anos antes, e destacou a importância dos exames laboratoriais para o diagnóstico da enfermidade. O ponto principal de sua intervenção, no entanto, foi a erradicação de *Aedes aegypti* como a única forma de prevenir as epidemias urbanas da doença. Na opinião de Soper, a descoberta da febre amarela silvestre e a consequente constatação de que a enfermidade não podia ser erradicada das Américas não deveria prejudicar a continuidade das medidas antimosquito. Pelo contrário, a luta contra vetor da febre amarela deveria assumir um caráter continental, baseado na extensão dos programas antilarvários a todas as localidades infectadas e na continuidade das atividades de vigilância sanitária, através de enquetes epidemiológicas, análises patológicas rotineiras e medidas de controle nos portos e grandes cidades.[158]

A prova de que a erradicação de *Aedes aegypti* era um conceito viável em saúde pública havia ocorrido um ano antes da realização da

Conferência Sanitária Pan-Americana. Em 1933, o índice zero, ou seja, a ausência de foco larvário e a eliminação do mosquito adulto, foi alcançado pela primeira vez em uma cidade brasileira. Conforme Soper explicaria mais tarde, a observação de tal índice só foi possível graças à exatidão da contagem efetuada pelos inspetores do SCFA (Soper & Duffy, 1977: 130). A confirmação desses dados o convenceu da viabilidade da erradicação de *Aedes aegypti*, objetivo que, lentamente, suplantou o anterior, agora considerado impossível, de eliminar o vírus da enfermidade. Assim, a campanha contra a febre amarela desenvolvida conjuntamente pela Fundação Rockefeller e o governo brasileiro entraria em uma nova fase, com o seu objetivo principal passando a ser a erradicação de *Aedes aegypti* e não mais a redução de sua densidade até um limite mínimo (5%), considerado seguro para impedir a transmissão da doença, conforme preconizava a teoria dos focos-chave. Segundo Soper, as políticas sanitárias calcadas na erradicação de *Aedes aegypti* apresentariam uma série de vantagens depois de alcançado o índice zero, dentre as quais: os poucos recursos necessários para a manutenção de uma área livre da doença e a diminuição dos atritos com a população local, em razão do fim das inspeções periódicas das residências.[159]

Contudo, enquanto Soper e a equipe de profissionais brasileiros e norte-americanos do SCFA avançavam tanto no entendimento quanto nas medidas de combate à febre amarela, uma outra doença grave apareceu repentinamente no Nordeste do Brasil, constituindo-se em uma séria ameaça. Em março de 1930, Raymond Shannon, entomologista da Fundação Rockefeller e do SCFA, encontrou focos de reprodução do mosquito *Anopheles gambiae* em Natal, no estado do Rio Grande do Norte. A espécie, nativa da África, era o mais eficiente vetor da malária naquele continente. A sua descoberta no Brasil acentuou os temores de que as Américas sofressem a mesma devastação que a enfermidade causava na África (Shannon, 1930).

Três semanas após o mosquito *Anopheles gambiae* ter sido encontrado em Natal, uma severa epidemia de malária eclodiu na cidade. Soper pressionou as autoridades brasileiras, incluindo o presidente Vargas, a erradicar imediatamente a espécie do país enquanto o seu número ainda era pequeno, mas nenhuma providência foi tomada. Em 1931, o SCFA recebeu a incumbência de ajudar nos esforços que estavam sendo empreendidos para erradicar o mosquito de Natal. A tarefa foi concluída com êxito no ano seguinte. Entretanto, as atividades de erradicação do vetor da malária não foram estendidas ao interior do estado. Como resultado, entre 1932 e 1937, foi encontrado *Anopheles gambiae* em outras regiões do Nordeste, embora

nenhum surto grave da doença tenha ocorrido nesse período (Soper & Wilson, 1945). Esse fato, somado à seca que castigou a região naqueles anos, com suas consequências desastrosas, desviaram a atenção das autoridades brasileiras, do SCFA e do próprio Soper para outros problemas, entre os quais a própria febre amarela, pois havia um temor de que a emigração de nordestinos ocasionasse um retorno da enfermidade ao Rio de Janeiro.[160]

A decisão das autoridades brasileiras e dos diretores do SCFA de não dar prosseguimento às bem-sucedidas atividades de erradicação de *Anopheles gambiae* de Natal, em 1932, acarretaria graves consequências. Em abril de 1938, o Rio Grande do Norte e o Ceará foram palco da maior epidemia de malária ocorrida nas Américas no século XX, "cobrindo 200 milhas desde Natal até o Vale do Jaguaribe, no estado do Ceará, produzindo 100.000 casos e entre 14.000 e 20.000 mortes" (Cueto, 1996a: 198). A região havia estado por muito tempo livre da doença, de modo que não havia nenhuma experiência prévia nem imunidade natural.[161]

A epidemia no Nordeste trouxe consigo o risco real de *Anopheles gambiae* se propagar pela Região Amazônica e atingir o Canal do Panamá, em um cenário no qual a deflagração de uma nova guerra na Europa já era considerada uma questão de tempo e a malária era apontada pelos epidemiologistas como a principal ameaça sanitária aos exércitos que se confrontariam no continente europeu (Benchimol, 2001). A situação contribuiu para que o governo norte-americano acompanhasse com interesse o problema ocasionado pela doença no Nordeste brasileiro.[162]

Um levantamento iniciado em outubro revelou que o mosquito *Anopheles gambiae* tinha se estabelecido no interior dos dois estados.[163] A demanda para que alguma medida fosse tomada para deter o vetor da doença na região impeliu o governo federal a organizar, em outubro de 1938, o Serviço de Obras Contra a Malária (SOCM), dotado de um orçamento de mil contos de réis para o restante do ano de 1938 e dirigido pelo médico Manoel José Ferreira (1897-1978). Paralelamente, a DSI da Fundação Rockefeller organizou uma coleta independente de dados sobre a extensão da região infestada e os fatores que contribuiriam para o sucesso de uma tentativa de erradicar o "invasor africano" do país. O fraco desempenho do SOCM provocou a sua reestruturação, em 11 de janeiro de 1939, com a criação do Serviço de Malária do Nordeste (SMNE), cuja proposta era atacar especificamente o vetor da doença.[164] A nova agência foi organizada inicialmente "como um serviço anti-*gambiae* ao invés de um serviço anti-malária" e administrada conjuntamente pelo governo brasileiro

e a Fundação Rockefeller. Os seus principais objetivos eram "aprender como erradicar *gambiae* para, em seguida, erradicá-lo". Soper salienta que a "urgência da situação e a existência de poucos técnicos não estimulavam nenhum estudo mais cuidadoso sobre a doença" e que "não havia outra alternativa a não ser erradicar as espécies" (Soper & Wilson, 1942: 16).

O SMNE ficou a cargo de Soper e de Bruce Wilson, respectivamente diretor e diretor assistente do SCFA. Eles transferiram boa parte do pessoal e dos recursos do SCFA para o novo órgão "devido à experiência, disciplina e liberdade de ação que gozavam – uma liberdade que as agências governamentais dificilmente tinham" – organizando um grupo que, no auge de suas atividades, contava com cerca de quatro mil empregados (Soper & Wilson, 1945). Cueto (1996a) afirma que o SMNE iniciou as suas operações com grandes recursos, mas sem um plano preestabelecido, o que lhe garantiu certa flexibilidade. A estratégia estabelecida consistiu em reduzir o tamanho da área infestada, trabalhando-se desde a periferia até o centro, a fim de destruir todas as larvas e mosquitos adultos. No fim da década de 1930, a enfermidade já não era frequente em zonas previamente infestadas. O êxito parecia ser consequência do uso massivo de recursos financeiros e humanos e da cobertura total da zona infestada. Em 11 de novembro de 1940, o último *Anopheles gambiae* foi eliminado do Brasil. As atividades de controle prosseguiram, no entanto, até 1942, quando o SMNE foi extinto (Soper & Wilson, 1942).

A campanha de erradicação de *Anopheles gambiae* do Nordeste do Brasil foi significativa em vários aspectos. Pela primeira vez verificava-se a transposição de uma espécie de anofelino de um continente a outro. Com a sua erradicação, em 1940, estabelecia-se outro marco. Assistia-se, no âmbito da saúde pública, também pela primeira vez, a eliminação de um vetor de doença nativo de outra região geográfica. O êxito da tarefa foi atribuído ao combate ao mosquito no interior das residências, à aplicação do inseticida verde-paris nos focos de sua reprodução e do piretro no interior das habitações. Entretanto, o sucesso deveu-se, sobretudo, à disciplina, ao rigor e à eficiente organização verticalizada que os comandantes da campanha contra a febre amarela montaram no Nordeste para combater o vetor da malária (Deane, 1985).

A campanha contra *Anopheles gambiae* no Nordeste também representou um batismo nas atividades de erradicação de espécies para muitos médicos e sanitaristas brasileiros. Como destaca Benchimol (2001: 173), "muitos dos participantes dessa campanha se transferiram para o

Serviço Especial de Saúde Pública e continuaram a trabalhar com a malária na Amazônia. Outros foram absorvidos pelo Serviço Nacional de Malária". Esse foi o caso, por exemplo, de Manoel J. Ferreira, que, após dirigir o SOCM e participar das atividades do SMNE, sob o comando de Soper e Wilson, se tornaria diretor do Serviço Nacional de Malária (SNM) e, posteriormente, do Instituto Nacional de Endemias Rurais. Maneco, como era conhecido, foi também diretor de saúde pública do estado do Rio de Janeiro e, no pós-Segunda Guerra Mundial, participou do Comitê de Especialistas em Malária da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Fonseca, 2007).

A erradicação do "invasor africano" de todas as áreas infestadas do Nordeste coroou a atuação da organização filantrópica norte-americana no Brasil. Cueto (1996a) destaca que o feito foi decisivo para a reabilitação do conceito de erradicação, com a conclusão, por parte da Fundação Rockefeller, que ele mantinha a sua validade. Com o sucesso da campanha contra *Anopheles gambiae* no Brasil (1938-1942), "muitos foram os que, no campo da saúde internacional, se convenceram que o objetivo da erradicação de algumas doenças infecciosas tinha bases sólidas e que devia ser realizado em escala mundial" (Cueto, 1996a: 199).

Em novembro de 1938, em meio ao combate à malária no Nordeste, Sawyer transmitiu a Soper a intenção de Gustavo Capanema – ministro da Educação e Saúde – de que a Fundação Rockefeller também prosseguisse com as atividades contra a febre amarela e os trabalhos de viscerotomia no Brasil até, pelo menos, o fim de 1939. O diretor do Escritório Regional da Fundação Rockefeller, no entanto, acreditava que a manutenção da cooperação entre o governo brasileiro e a organização filantrópica norte-americana só seria possível até, no máximo, o primeiro semestre daquele ano.[165]

O pessimismo de Soper se relacionava com uma reorientação das atividades da Fundação Rockefeller no país a partir da segunda metade dos anos 1930, quando, em meio às descobertas que estavam sendo realizadas sobre a febre amarela, o seu objetivo principal passou a ser o desenvolvimento de atividades voltadas para o ensino médico, pesquisas sobre a doença e a preparação de vacinas no IOC, e não mais o combate às grandes epidemias (Faria & Castro-Santos, 2003: 98-99). Na verdade, como vimos anteriormente, essa reorientação remontava ao ano de 1927, quando a Fundação Rockefeller passou por um processo de reorganização interna. Desde aquela época, foram criados laboratórios regionais para o estudo da febre amarela em Lagos, na Nigéria (1925); na Bahia, Brasil (1928); em Nova York, Estados Unidos (1928); em Bogotá, na Colômbia (1934) e em Entebe, Uganda (1936).

Em sintonia com as mudanças pelas quais passava, em 1939 a Fundação Rockefeller passou definitivamente a responsabilidade pela campanha contra a febre amarela para o governo brasileiro, concentrando-se em atividades de pesquisa sobre a etiologia da febre amarela silvestre e os seus padrões de transmissão, na produção da vacina antiamarílica e nas campanhas de vacinação contra a doença, que haviam sido iniciadas em 1937 (Lowy, 1999: 655). Nesse momento, o mosquito *Aedes aegypti* já havia sido eliminado de seis estados e do Distrito Federal. Muitas localidades no interior dos demais estados também não reportavam mais o vetor. Desse modo, como forma de dar continuidade ao trabalho, em 23 de janeiro de 1940 Vargas promulgou o decreto n. 1.975, que regulamentou o agora designado Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), órgão subordinado ao Ministério da Educação e Saúde e ao DNSP (Franco, 1969). Com a sua criação, o governo brasileiro assumia a responsabilidade pelas atividades de erradicação de *Aedes aegypti*, a organização de campanhas nacionais de vacinação e a coordenação da vigilância sanitária através de uma rede de postos de viscerotomia. Chegava ao fim uma parceria de 16 anos (1923-1939) entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro no combate à febre amarela durante os quais pontos importantes de sua etiologia, formas de transmissão e medidas de controle foram desvendados.

Durante toda a década de 1930, o apoio irrestrito de Vargas possibilitou à Fundação Rockefeller intervir nos problemas sanitários do país em condições extremamente favoráveis. Nesse sentido, não havia exagero algum na afirmação de Soper de que "o Dr. Getúlio Vargas é o pai e a mãe do novo Serviço da Febre Amarela".[166] Cueto (1996a) argumenta que a aliança entre a Fundação Rockefeller e Vargas nos anos 1930 não era surpreendente, na medida em que expressava tanto uma necessidade que a organização tinha de obter um rápido respaldo legal para o seu trabalho sanitário, quanto um esforço local para ampliar as políticas intervencionistas estatais que, em parte, embasavam a sua legitimidade no acesso a serviços de saúde pública. Os 16 anos em que a Fundação Rockefeller controlou o SCFA constituíram-se, segundo Cueto (1996a: 195), "em uma importante exceção em sua política de evitar participar ativamente no manejo de serviços governamentais por períodos prolongados". A descoberta da febre amarela silvestre no Brasil e em outras partes das Américas invalidou o otimismo anterior reinante acerca da erradicação, ao deixar claro que tal meta não era factível. Assim, o objetivo de erradicar a febre amarela, que começou como um meio pelo qual se viabilizaria a criação de modernas

estruturas administrativas, consideradas necessárias para a aplicação de técnicas estabelecidas, "se converteu na implementação de técnicas que se mostraram inúteis para a eliminação da doença" (Cueto, 1996a: 195).

As descobertas e os problemas enfrentados nas quase duas décadas de cooperação entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller indicaram novos rumos para a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela. A epidemia de 1928 no Rio de Janeiro e em outras regiões do continente na mesma época, somada à descoberta da febre amarela silvestre no Vale do Canaã, em 1932, consolidaram em alguns especialistas norte-americanos a crença de que a única forma de eliminar a enfermidade era através da erradicação do seu principal vetor no continente, o mosquito *Aedes aegypti*. Essa era a posição, por exemplo, de Soper que, entre 1927 e 1942, chefiou o Escritório Regional da Fundação Rockefeller no Brasil. Na sua opinião, "a febre amarela silvestre constitui um permanente reservatório de vírus para a reinfecção de áreas infestadas de *Aedes aegypti* e torna impossível a permanente erradicação da febre amarela através de uma redução temporária do vetor doméstico" (Soper & Wilson, 1942: 7). Nesse sentido, "com o desenvolvimento do transporte aéreo de passageiros (...) o mundo inteiro corre o risco de assistir a casos de infecção trazidos de regiões endêmicas da África e da América do Sul", de modo que, "enquanto a vacinação de todos os passageiros aéreos não é possível, a única garantia de segurança é a eliminação do mosquito *aegypti*" (Soper & Wilson, 1942: 7-8).

A nova percepção sobre a febre amarela, segundo a qual a doença não podia ser eliminada, em virtude da existência de um reservatório permanente do vírus em animais silvestres, contribuiu decisivamente para o surgimento da doutrina de erradicação dos vetores. Como a contaminação dos seres humanos era acidental e as epidemias ocorriam porque o vírus podia ser facilmente transmitido por *Aedes aegypti*, um mosquito que vivia nas proximidades das habitações humanas, a conclusão a que se chegou foi que bastava eliminar a espécie para que a enfermidade não mais ocorresse. Soper, inclusive, passou a recorrer a argumentos econômicos para justificar a nova forma de combate à febre amarela. De acordo com ele, o alto custo dos serviços regulares anti-*Aedes aegypti* fazia com que os fundos necessários à atividade só estivessem disponíveis por um período limitado, geralmente posterior a um surto de febre amarela, o que não resolvia o problema. A erradicação do vetor também teria vantagens administrativas, na medida em que a demanda por 100% de eficiência "remove a última defesa do inspetor que não realiza seu trabalho de maneira atenciosa".

Para Soper, a erradicação local de *Aedes aegypti* estava sendo implementada em muitas das maiores cidades e até mesmo em estados inteiros, o que os manteria protegidos por anos contra a reinfestação. Nessas cidades, no entanto, deveria ser realizado um trabalho permanente de manutenção de índices *seguros* do mosquito, fazendo com que uma grande porcentagem dos fundos alocados para o controle da febre amarela fosse destinada para a campanha contra *Aedes aegypti* em cidades onde não mais existia. Assim, de acordo com o diretor do Escritório Regional da Fundação Rockefeller, "o desenvolvimento de técnicas para a erradicação destas espécies permitiria uma grande economia". O seu raciocínio era simples: à medida que *Aedes aegypti* fosse erradicado de determinadas cidades, estas não mais precisariam receber recursos para adotar ações que prevenissem a sua reinfestação. Esse dinheiro, então, poderia ser aplicado em campanhas de erradicação em outras cidades até que o mosquito desaparecesse por completo de uma determinada região ou país, extinguindo-se assim qualquer forma de transmissão e, consequentemente, a própria doença (Soper & Wilson, 1942).

Já convencido de que a erradicação de *Aedes aegypti* se constituía na melhor estratégia para eliminar a febre amarela, a conclusão de Soper sobre a campanha da Fundação Rockefeller contra a doença não podia ser mais dramática:

> O programa de erradicação da febre amarela foi o fracasso mais magnífico da história da saúde pública. Quando a Fundação acabou com o programa em 1949, depois de 34 anos de esforços, durante os quais a vida de seis de seus membros foi sacrificada por infecções acidentais e cerca de 14 milhões de dólares haviam sido gastos no controle e estudo da doença, o vírus da febre amarela continuava se disseminando nos animais selvagens da África e da América do Sul. (Soper, 1960: 236)

Ele ressaltou, contudo, os aspectos positivos desse "fracasso magnífico", destacando uma vez mais as vantagens da erradicação sobre o controle do vetor no combate às doenças transmissíveis:

> a tentativa de erradicação da febre amarela levou, inevitavelmente, como muitas décadas de controle não haviam conseguido fazer, a estudos que clarificaram a epidemiologia e a epizootiologia da febre amarela e à perfeição de uma vacina com o vírus atenuado (as técnicas para combater viroses, desenvolvidas durante os estudos do vírus da febre amarela, tiveram um valor inestimável para o estudo de outras doenças causadas por vírus). (Soper, 1960: 236)

Desse modo, Soper classifica o período compreendido entre o fim da década de 1920 e o começo dos anos 1930 como aquele no qual "a aceitação do conceito de erradicação para a prevenção das doenças transmissíveis atingiu o seu nível mais baixo". A epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro serviu para invalidar o otimismo anterior acerca da erradicação da doença. Naquele período, as campanhas contra a ancilostomíase também já haviam fracassado em todas as regiões em sua tentativa de eliminar a doença. Assim, "o conceito de erradicação foi desacreditado, e a Fundação Rockefeller foi alvo de severas críticas por conta de seu apoio aos programas de erradicação" (Soper, 1965: 857)

O trabalho realizado no Brasil em relação a *Aedes aegypti* e a *Anopheles gambiae*, no entanto, demonstrou que a erradicação local de ambas as espécies era viável. Soper passou a defender, então, que se deveria considerar a possibilidade de estender a erradicação de *aegypti* e de *gambiae* para outras regiões e que o mesmo conceito deveria ser aplicado a outras espécies de mosquitos (Soper & Wilson, 1942).

Soper – como veremos nos próximos capítulos – comandou campanhas de erradicação do vetor da malária no Egito, entre 1943 e 1945, e na Sardenha, entre 1945 e 1950, com base na experiência brasileira. Tais campanhas reforçaram a sua crença na doutrina da erradicação dos vetores, da qual ele se tornaria o principal defensor. Já nos anos da Segunda Guerra Mundial, ele passou a defender abertamente que as organizações internacionais tinham um importante papel a desempenhar na implementação da nova filosofia erradicacionista. Não bastava apenas definir "áreas de erradicação", na medida em que elas demandariam uma proteção permanente contra a reinfecção ou reinfestação vindas de outras regiões ou de outros países. Era necessário implementar a erradicação como um programa sempre em expansão – como foi o caso do programa de erradicação de *Aedes aegypti* – em uma base regional e, se possível, eventualmente mundial. Tal expansão das atividades de erradicação, de acordo com Soper, "requer um mecanismo através do qual os países afetados possam se unir sob programas comuns, aprovados e apoiados por todos, com idêntica orientação técnica e nenhuma perda de soberania de nenhuma nação" (Soper, 1952: 368). Tal mecanismo já existia, baseado em tratados ratificados por praticamente todos os países das Américas e do mundo, e estava habilitado para a função de coordenar tais programas. Soper estava se referindo às organizações internacionais de saúde, como a Repartição Sanitária Pan-Americana e a então recém-criada OMS (Soper, 1952).

As campanhas da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase (1916-1925), a febre amarela (1923-1939) e a malária (1938-1942) no Brasil ocorreram em meio a importantes mudanças no país, que trouxeram implicações para a economia e a sociedade. No campo da saúde, o país passou de "imenso hospital" a grande laboratório para as campanhas sanitárias e escola de formação de um novo tipo de sanitarismo (Lima, 2002).

Nesse contexto, o Brasil buscou uma maior aproximação com os seus vizinhos na América do Sul, de modo a combater *Aedes aegypti* de forma conjunta, uma vez que de nada adiantaria a eliminação do mosquito de um país se a espécie continuasse existindo nos demais. Haveria sempre o perigo de uma reinfestação, por isso o governo brasileiro tomou essa iniciativa.

Desde meados da década de 1930, o SCFA, sob a liderança de Soper e, posteriormente, o seu sucessor, o SNFA, criado em 1940, passaram a atuar na maior parte da América do Sul como consultor e/ou coordenador de programas de erradicação de *Aedes aegypti* na região, formando e treinando pessoal em diversos países latino-americanos e mantendo a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela ativa no continente durante a Segunda Guerra Mundial. A partir dos anos 1940, inclusive, as atividades de erradicação no continente passaram a orientar-se pelo "Manual de instruções técnicas e administrativas do Serviço Nacional de Febre Amarela", um guia sobre gestão de pessoas e procedimentos a serem adotados para a erradicação de espécies, escrito por Soper (SNFA, 1946). O manual e o SNFA se tornariam, respectivamente, o guia-padrão e o modelo organizacional a ser seguido por outros países das Américas que decidissem implementar programas de erradicação de *Aedes aegypti*.

Assim, durante a Segunda Guerra Mundial e, principalmente, no pós-guerra, a tradição médica e a experiência brasileira de combate a doenças infecciosas como a febre amarela, que já era reconhecida internacionalmente, se disseminaria por todo o continente. A articulação entre os especialistas da Fundação Rockefeller e os médicos e sanitaristas brasileiros, forjada nos anos 1930, sob a liderança de Soper, foi benéfica para ambos. Por um lado, o reconhecimento por parte da Fundação Rockefeller da tradição médica brasileira e a concessão de bolsas para que os profissionais da saúde do país estudassem nos Estados Unidos contribuíram decisivamente para a diminuição das resistências a sua atuação no Brasil e para a consolidação dessa interação. Por outro, tal articulação e o sucesso das campanhas conjuntas contra a febre amarela e a malária no país pavimentaram o caminho dos médicos e sanitaristas brasileiros

no cenário da saúde internacional. Esses profissionais, em sua maioria ex-bolsistas da Fundação Rockefeller em universidades norte-americanas, no entanto, não se converteram totalmente ao modelo sanitário vigente nos Estados Unidos, permanecendo, em grande medida, fiéis à tradição médica brasileira. No contexto de fortalecimento da autoridade estatal nos anos 1930, essa situação forjou um amálgama entre os conhecimentos oriundos da experiência brasileira e o modelo organizacional dos norte-americanos. Esses dois elementos estariam presentes em campanhas de erradicação de vetores implementadas nos anos seguintes.

Muitos sanitaristas brasileiros formados na tradição sanitária norte-americana e com atuação destacada nesse contexto viriam a ter um papel de destaque na Repartição Sanitária Pan-Americana e na OMS no período subsequente. No plano internacional, a sugestão de Soper para que as organizações internacionais encampassem programas de erradicação de doenças – fornecendo uma orientação técnica uniforme para os serviços nacionais de saúde – se materializaria "nos anos da Segunda Guerra Mundial e no pós-guerra" nas Américas, na África e na Europa, como veremos nos próximos capítulos.

# 3

# Cooperação Sanitária Latino-Americana e as Origens da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*

No dia 16 de março de 1940, Gustavo Capanema, Ministro da Educação e Saúde, ofereceu um almoço no Jockey Club Brasileiro para celebrar a transferência do Serviço Cooperativo de Febre Amarela (SCFA) para o governo brasileiro, ocorrida no ano anterior. Na ocasião, Capanema agradeceu a Fundação Rockefeller pelos serviços relevantes prestados ao Brasil, "especialmente pelo seu esforço, há tantos anos desenvolvido, na profilaxia da febre amarela". O ministro também destacou a atuação de Soper que, "há longos anos, vem dirigindo no Brasil os serviços de profilaxia da febre amarela a cargo da Fundação Rockefeller", e de Bruce Wilson e J. Austin Kerr, dois dos seus mais "eficientes colaboradores".[167]

De fato, desde 1923 a organização filantrópica norte-americana vinha cooperando com o governo brasileiro no combate à febre amarela em diversas regiões do país, atuando em duas frentes. A primeira englobava as atividades de controle da endemia que, inicialmente, abrangiam apenas a região Norte do país, mas que, em 1932, diante dos estragos provocados pela epidemia de 1928-1929 no Rio de Janeiro, passaram a ser realizadas também na capital federal e, de 1938 em diante, em todo o território nacional. Tais atividades consistiam na erradicação do mosquito *Aedes aegypti*, na organização de campanhas nacionais de vacinação e na vigilância e mapeamento da extensão da doença no país por meio de uma rede de postos

de viscerotomia. Em 1939, o governo federal havia assumido a responsabilidade pela implementação de tais medidas, que passaram a ser executadas pelo Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), órgão criado no ano seguinte, pelo decreto n. 1.975, de 23 de janeiro de 1940, promulgado por Vargas, e subordinado ao Ministério da Educação e Saúde e ao DNSP (Franco, 1969).

A segunda frente dizia respeito às atividades de pesquisa sobre a doença, que tiveram início em 1928, com a criação do Laboratório de Febre Amarela da Bahia. Dessa data até 1934, amostras de fígado de vítimas fatais da doença, coletadas em todo o Brasil por meio da técnica da viscerotomia, foram enviadas para esse laboratório. Nesse ano, contudo, uma parte de suas atividades foi transferida para o Rio de Janeiro, para um espaço no Hospital da Tijuca, cedido pela Fundação Gaffrée e Guinle. Tal situação perdurou até 1937, quando foram concluídas as instalações do Laboratório de Histopatologia de Febre Amarela, construído no *campus* do IOC. Assim, as atividades dos laboratórios da Bahia e do Rio de Janeiro foram unificadas no novo prédio, em Manguinhos (Benchimol, 2001).

Além do trabalho de investigação da doença, especialmente pesquisas sobre o vírus, a partir de 1937 o Laboratório de Febre Amarela do Rio de Janeiro também passou a fabricar uma vacina antiamarílica, baseada nas descobertas de Max Theiler e Hugh Smith, ambos pesquisadores do Laboratório Central da Divisão Saúde Internacional (DSI), em Nova York, que, no ano anterior, chegaram à cepa 17D do vírus da febre amarela. A nova vacina, inclusive, foi testada pela primeira vez no Brasil, ainda em 1937, e em 1940 um novo estudo foi desenvolvido no sul de Minas Gerais, onde mais de cinco mil pessoas foram imunizadas. Posteriormente, a vacina 17D fabricada no Brasil foi distribuída para outros países da América do Sul. A Fundação Rockefeller participou ativamente desse processo até 1946, na medida em que os seus técnicos atuavam tanto no Laboratório de Febre Amarela do Rio de Janeiro quanto no criado em Bogotá, na Colômbia, em 1934.[168]

Em 1939, no entanto, a Fundação Rockefeller reorientou as suas atividades no Brasil, afastando-se do combate às grandes epidemias e concentrando-se no ensino médico, em pesquisas sobre a etiologia da febre amarela silvestre e os seus padrões de transmissão, na produção da vacina 17D e nas campanhas de vacinação contra a doença, que haviam sido iniciadas em 1937. A redução das atividades da Fundação Rockefeller no país, contudo, não implicou o fim da Campanha Mundial contra a Febre Amarela, que a organização filantrópica norte-americana havia iniciado em 1918.

Entre o fim dos anos 1930 e meados da década de 1940, a Fundação Rockefeller continuou participando diretamente de campanhas de erradicação de *Aedes aegypti* em países como o Peru e a Bolívia. Nesse período, os Laboratórios de Febre Amarela localizados no Brasil e na Colômbia, inclusive, realizaram uma série de investigações entomológicas e um mapeamento da doença em toda a América do Sul, de modo a identificar a sua real extensão e, assim, desenvolver formas mais eficazes de combatê-la. O SNFA, por sua vez, responsável pela campanha no Brasil, passou a atuar em muitos países latino-americanos como consultor e/ou coordenador de serviços e campanhas destinados a erradicar *Aedes aegypti* do continente, oferecendo treinamento e capacitando pessoal local (Soper, 1937).[169] Assim, a luta contra o flagelo amarílico prosseguiu nas Américas nos anos da Segunda Guerra Mundial.

Fred Soper desempenhou um papel importante nesse processo ao negociar acordos entre os países da região e a Fundação Rockefeller e ao viabilizar, junto ao governo brasileiro, o envio de técnicos e especialistas do SNFA para várias repúblicas americanas para organizar serviços de febre amarela semelhantes àquele existente no Brasil. Assim, um novo modelo de combate à doença, baseado na erradicação do mosquito *Aedes aegypti* e no planejamento minucioso de todos os passos da campanha, criado no Brasil nos anos 1930, se internacionalizava, sendo exportado para outros países do continente.

A crescente cooperação dos países da América do Sul no combate à febre amarela levou às primeiras proposições de uma campanha contra o vetor da doença em escala continental. Tais proposições evidenciam, ao mesmo tempo, o grau de articulação das repúblicas americanas na área da saúde e uma compreensão de que o problema da febre amarela só poderia ser equacionado se fosse enfrentado de forma conjunta.

O objetivo neste capítulo é analisar a crescente cooperação internacional dos países latino-americanos na área da saúde pública, no início da década de 1940, em torno da questão da febre amarela, relacionando esse processo às primeiras articulações das repúblicas americanas para o lançamento de uma campanha para erradicar o mosquito *Aedes aegypti* do continente. Para tanto, em um primeiro momento discutirei as propostas iniciais para a eliminação do mosquito e as razões pelas quais elas não foram levadas adiante. Em seguida, analisarei a viagem realizada por Fred Soper por diversos países da América do Sul, durante a qual ele se dedicou a convencer os governos da região acerca da necessidade

de uma iniciativa continental visando à erradicação do vetor da febre amarela. Os resultados dessa viagem se expressaram na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1942, realizada no Rio de Janeiro. Nessa ocasião, a delegação boliviana apresentou de forma oficial, pela primeira vez, uma proposta para que a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSP) coordenasse uma campanha para erradicar *Aedes aegypti* das Américas. Este é um passo importante para o lançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* pelo organismo sanitário interamericano alguns anos mais tarde. Naquele momento, contudo, os médicos e sanitaristas do continente ainda não estavam convencidos da viabilidade da erradicação da espécie, apesar da bem-sucedida campanha de erradicação do mosquito *Anopheles gambiae*, desenvolvida conjuntamente pela Fundação Rockefeller e o governo brasileiro no Nordeste do país, no fim da década de 1930, sob o comando de Soper. Com base nessa experiência, inclusive, nos anos da Segunda Guerra Mundial a Fundação Rockefeller intensificou as atividades de combate aos insetos transmissores de doenças na Europa, para onde Soper foi enviado em 1942. Tais atividades, como veremos na última seção deste capítulo, desempenharam um papel importante no fortalecimento do conceito de erradicação, contribuindo para que, rapidamente, essa ideia ganhasse uma maior aceitação no campo sanitário internacional.

## A Proposta Boliviana

No biênio 1932-1933, observou-se no Brasil, pela primeira vez, a erradicação de uma espécie de inseto – no caso *Aedes aegypti* – de algumas cidades brasileiras. Assim, em 1934 os funcionários do então designado SCFA iniciaram discussões sobre as vantagens de se erradicar o mosquito de todo o território nacional. A descoberta da febre amarela silvestre no Brasil, Bolívia, Colômbia e Venezuela, no mesmo período, contribuiu para colocar na ordem do dia a discussão sobre a erradicação continental do vetor da doença. Um plano com esse objetivo, contudo, só seria apresentado em 1941.

A proposta inicial para a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas foi feita pelo médico boliviano Nemesio Torres Muñoz, diretor do Serviço de Febre Amarela da Bolívia. No dia 12 de fevereiro de 1941, ele escreveu uma carta para Soper, com cópia para Lewis W. Hackett, chefe do recém-criado Escritório Regional da Fundação Rockefeller para o Rio da Prata e Região Andina, com sede em Buenos Aires,[170] argumentando que

> O plano de combate ao *Stegomyia* que estamos desenvolvendo tem um ponto fraco, referente ao controle deste vetor nas fronteiras do país, que não se pode, nem poderá ser feito, enquanto não houver, a este respeito, uma cooperação estreita com as nações vizinhas interessadas no problema.[171]

Em um cenário no qual o Serviço de Febre Amarela da Bolívia estava prestes a erradicar *Aedes aegypti* de todo o país, Muñoz temia a possibilidade de uma reinfestação a partir das fronteiras internacionais, principalmente as brasileiras. Isso porque, segundo ele, o Brasil havia fracassado na tentativa de eliminar o vetor da febre amarela de localidades limítrofes entre os dois países. Embora o governo brasileiro tivesse sido o primeiro a organizar uma campanha de erradicação de *Aedes Aegypti*, e, naquela altura, o SNFA estivesse exportando a sua experiência e o seu modelo organizacional de combate à doença para as nações vizinhas, o país ainda não havia conseguido expandir as atividades para os povoados localizados na fronteira com a Bolívia. Diante dessa realidade, Torres Muñoz explicitava em sua carta para Soper a maneira pela qual a Bolívia podia cooperar com o Brasil e o Peru para evitar a reinfestação do seu território. A sua proposta era que o posto de viscerotomia localizado em Corumbá (MS), onde existia um serviço de controle, ficasse responsável pela vigilância epidemiológica na localidade boliviana de Puerto Suárez, na fronteira entre os dois países, em virtude da carência de recursos econômicos na região e das consequentes dificuldades para a realização de um controle eficaz sobre ela. Em troca, os técnicos do Serviço de Febre Amarela da Bolívia baseados em Puerto Sucre e Vila Bella se encarregariam da vigilância sobre as populações de Guayaramerin (Bolívia) e das cidades brasileiras de Brasiléia (AC) e Villa Murtinho (RO), locais a que os funcionários do setor Amazonas do SNFA tinham pouco acesso.

Além disso, como o serviço boliviano tinha planos de fazer um levantamento do índice de *Aedes aegypti* ao longo da margem boliviana dos rios Itenez e Acre, Munõz afirmava que, caso fosse do interesse do governo brasileiro, a inspeção poderia ser realizada, ao mesmo tempo, na margem oposta desses rios, pertencente ao Brasil. A cooperação entre os dois países se completaria com a adoção, por parte de cada um deles, de medidas destinadas a impedir a navegação pelos dois rios de embarcações que não tivessem sido vistoriadas e que, portanto, não estivessem protegidas do *Aedes aegypti*.[172]

No que se referia à fronteira com o Peru, a tarefa fundamental era assegurar o controle das embarcações que navegavam pela localidade de Madre de Dios, vindas de Maldonado, onde poderia ser conveniente a instalação de um posto de serviço antilarvário, dada a provável existência de *Aedes aegypti* na região. Na opinião de Muñoz, se Brasil, Bolívia e Peru chegassem a um entendimento imediato a esse respeito, o problema do vetor da febre amarela nas fronteiras poderia ser liquidado ainda durante o ano 1941.[173]

A carta de Muñoz é particularmente importante porque representou a primeira iniciativa visando a uma cooperação sanitária continental para a erradicação do mosquito vetor de febre amarela. Soper destacou em seu livro de memórias que, "por uma ironia do destino, coube justamente à Bolívia, considerada por Gorgas, em 1916, o único país da América do Sul sem antecedentes de febre amarela, tomar a iniciativa da eliminação do mosquito das suas fronteiras internacionais" (Soper & Duffy, 1979: 360).[174] De fato, por muitos anos a Bolívia não havia figurado entre as preocupações da Fundação Rockefeller na América do Sul. Foi somente em 1926 que um funcionário da organização filantrópica norte-americana – R. A. Lambert – visitou o país pela primeira vez e elaborou um relatório sobre a educação médica (Klein, 1992).

A preocupação boliviana com a febre amarela remonta ao ano de 1932, quando uma séria epidemia da doença ocorreu na cidade de Santa Cruz, às vésperas da Guerra do Chaco (1932-1935).[175] O surto epidêmico teve início entre os soldados que retornavam das províncias de Valle Grande e Florida.[176] Dada a gravidade da situação, Soper e Allen M. Walcoot, que trabalhavam no programa de febre amarela no Brasil, viajaram para a Bolívia em junho desse ano para negociar as bases de um acordo entre a Fundação Rockefeller e o governo boliviano tendo em vista a instalação de um serviço de febre amarela no país e a implementação imediata de uma campanha contra a doença. A chegada de ambos ao país e a colaboração do IOC à campanha que se desenvolveria na Bolívia foram saudadas pelos jornais locais.[177]

O acordo foi assinado dia 20 de junho, dando origem ao Serviço de Febre Amarela da Bolívia que, de acordo com Soper, "durante vários anos funcionou como uma extensão e quase como parte do SCFA do Brasil" (Soper & Duffy, 1979: 354). De fato, o SCFA enviou equipes formadas por profissionais brasileiros para trabalhar na campanha anti-*Aedes aegypti* em Santa Cruz, evidenciando que a experiência brasileira no combate à doença

estava sendo exportada para as nações vizinhas. Walcoot, que atuava em território brasileiro desde os anos 1920, foi o primeiro diretor do Serviço de Febre Amarela da Bolívia (Bevier, Torres-Muñoz & Doria-Medina, 1953).

Zulawski (2007) destaca que a decisão da Fundação Rockefeller de iniciar uma campanha antimosquito na Bolívia, em 1932, foi consequência direta do seu envolvimento com tais atividades no Brasil. De acordo com a autora, a epidemia de febre amarela na Bolívia não apenas colocava em risco os esforços de controle da doença realizados no Brasil, dada a fronteira entre os dois países, como também representava uma ameaça para todo o continente. Além disso, os especialistas da Fundação Rockefeller tinham consciência de que a guerra iminente entre a Bolívia e o Paraguai e o grande número de pessoas não imunes se deslocando através do território do país como resultado da mobilização para o conflito certamente contribuiriam para a propagação da doença. Foi também em virtude da Guerra do Chaco que a Fundação resolveu organizar, ao mesmo tempo, uma campanha anti-*Aedes aegypti* no Paraguai, o outro país beligerante (Farcau, 1996).

Sob a direção de Walcoot e, posteriormente, de Nemesio Torres Muñoz, a campanha implementada pelo Serviço de Febre Amarela da Bolívia teve um rápido sucesso. No terceiro trimestre de 1940, exames laboratoriais realizados nas 140 amostras de fígado enviadas pelos 34 postos de viscerotomia existentes no país não revelaram nenhum caso positivo da doença. A campanha anti-*Aedes aegypti* no Departamento de Santa Cruz atravessava um período de calmaria. Havia mais de um ano que o mosquito não era encontrado na região, com exceção da localidade de Varnes, onde um foco do inseto foi identificado no começo de 1940 e rapidamente eliminado. As autoridades bolivianas sabiam, contudo, que o índice zero não poderia ser mantido por muito tempo enquanto *Aedes aegypti* continuasse a existir nas áreas vizinhas. Desse modo, com o objetivo de completar a erradicação do vetor da febre amarela da Bolívia, o governo decidiu fechar todos os postos de viscerotomia da província de Santa Cruz, com exceção daquele localizado na cidade homônima, e utilizar o pessoal disponível na inspeção das casas no interior da área ainda infestada pelo mosquito no Departamento de Santa Cruz. Foi estabelecido, assim, um "sítio", expressão que indicava uma área pequena na qual existiam poucas casas, utilizada pelos técnicos da Fundação Rockefeller depois da campanha de erradicação do inseto no Nordeste do Brasil.[178]

O êxito alcançado pela campanha em 1940 se relaciona com a decisão da Fundação Rockefeller de aumentar a sua participação – tanto no nível

técnico quanto financeiro – nas atividades anti-*Aedes aegypti* na Bolívia, o que contrariava a recente postura adotada pela organização diante dos problemas sanitários do continente. Desde os anos finais da década de 1930, como vimos, a Fundação vinha passando por um processo de reorganização interna e de reorientação da sua política para as nações latino-americanas onde atuava. A partir do início dos anos 1940, a organização filantrópica norte-americana foi se afastando gradualmente do modelo de erradicação das doenças e concentrando-se, em vez disso, na concessão de bolsas de estudo no exterior para jovens profissionais e no auxílio a instituições de pesquisa consideradas competentes o suficiente para realizar pesquisas médico-científicas básicas (Cueto, 1990). A transferência do SCFA para o governo brasileiro em 1939 deve ser entendida nesse contexto. A direção da Rockefeller considerava, contudo, que a Bolívia ainda não tinha infraestrutura e um número razoável de cientistas treinados que justificassem o tipo de investimento que a organização estava realizando no Brasil, no México, na Argentina e no Peru. Uma evidência está no fato de as poucas bolsas de estudo concedidas a bolivianos serem limitadas a campos relacionados especificamente com saúde pública e não contemplarem o treinamento de pesquisadores.[179]

Zulawski (2007) afirma que o programa da Fundação Rockefeller na Bolívia, após 1940, pode ser visto como uma combinação do velho modelo de controle da doença com uma abordagem mais holística da saúde pública. Desse modo, uma das principais metas da organização no país continuou sendo a erradicação de *Aedes aegypti* de todo o território boliviano. Soper e outros funcionários da Fundação esperavam, inclusive, anunciar o cumprimento de tal objetivo na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1942. Como forma de alcançá-lo o mais rápido possível, em 1941 Hackett chegou até mesmo a propor um desafio ao governo boliviano como um todo e a Torres Muñoz em particular. Se o Serviço de Febre Amarela da Bolívia, que Muñoz dirigia, conseguisse erradicar *Aedes aegypti* do país dentro de um ano, a contar daquela data, ele se comprometia a transferir o médico boliviano para La Paz e nomeá-lo diretor de uma nova divisão de doenças endêmicas.[180]

Assim, uma nova fase de ataque a *Aedes aegypti* nas áreas rurais da Bolívia teve início em agosto de 1940, sendo finalizada com sucesso no ano seguinte. O ano de 1941 foi dedicado, então, ao ataque ao vetor da febre amarela onde quer que ele fosse encontrado e à inspeção de um grande número de localidades que não haviam sido vistoriadas anteriormente. Como resultado da visita a 1.216 localidades, totalizando 10.600 casas

inspecionadas e 4.600 km viajados, 21 novas infestações de *Aedes aegypti* foram descobertas. Com isso, subiu para 56 o número de localidades infestadas no país desde 1932. O Relatório Anual do Serviço de Febre Amarela da Bolívia de 1941 classificou esse ano como decisivo na batalha contra o vetor da febre amarela: "Uma completa vitória sobre este perigoso vetor, exterminando-o totalmente do território boliviano". De acordo com o documento, no fim de 1941 o problema de *Aedes aegypti* estava resolvido na Bolívia, e a única tarefa a ser feita era manter a procura por focos residuais que, porventura, ainda pudessem existir e proteger os portos do país de modo a evitar a reinfestação vinda das nações vizinhas.[181]

Desse modo, às vésperas da Conferência Sanitária Pan-Americana de 1942, que se realizaria no Rio de Janeiro, o governo boliviano tinha resultados expressivos no combate à febre amarela para apresentar aos representantes das demais nações do continente. As autoridades sanitárias do país, contudo, estavam preocupadas com a possibilidade de *Aedes aegypti* regressar à Bolívia a partir de suas fronteiras com os países vizinhos. A carta de Muñoz para Soper refletia essa preocupação e revelava o medo de que ocorresse uma reinfestação do território boliviano pelas fronteiras com o Brasil. Alguma medida tinha que ser tomada, então, para evitar que fosse comprometido o trabalho realizado desde 1932 pelo governo boliviano em conjunto com a Fundação Rockefeller.

## A Viagem de Soper pela América do Sul

Soper estava na Colômbia quando recebeu a carta de Muñoz. Eles haviam se encontrado cerca de duas semanas antes, no dia 25 de janeiro, em La Paz, ocasião em que começaram a discutir a organização de um serviço anti-*Aedes aegypti* nas cidades localizadas na fronteira entre o Brasil e a Bolívia. Entre janeiro e março de 1941, quando ainda era diretor do Escritório Regional da Fundação Rockefeller, no Rio de Janeiro, Soper realizou uma viagem por diversos países da América do Sul para negociar com os governos da região acordos similares àquele firmado entre a organização filantrópica norte-americana e o Brasil. O objetivo era criar serviços de febre amarela em cada um deles, inspirados no SNFA. O órgão brasileiro, inclusive, deveria fornecer técnicos aos países vizinhos para coordenar a campanha contra a febre amarela e treinar pessoal. A cooperação entre os governos do Brasil e da Bolívia era justamente umas

das prioridades da viagem, conforme Soper relatou ao ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, em encontro realizado em 17 de janeiro, um dia antes do início de sua viagem. Ele aproveitou a oportunidade para sugerir que Sérvulo Lima, diretor do SNFA (1940-1941), fosse designado para organizar a colaboração entre os dois países, sugestão que foi aceita pelo ministro, mas cuja decisão final caberia ao presidente Getúlio Vargas.[182]

Soper deixou o Rio de Janeiro em direção à Buenos Aires, primeira parada de seu *tour* pela América do Sul, em 18 de janeiro de 1941. Nessa viagem, ele teve a companhia de John D. Long, primeiro "representante viajante" (*travelling representative*) da RSP – cargo criado nos anos 1920 – e funcionário da organização por mais de 25 anos, durante os quais atuou em campanhas sanitárias contra doenças epidêmicas, principalmente a peste bubônica.[183] Na capital da Argentina, eles conversaram longamente sobre a situação sanitária do Equador, e Long fez um apelo para que a Fundação Rockefeller assinasse um acordo com o governo equatoriano e passasse a colaborar com as atividades sanitárias que estavam sendo realizadas naquele país. Soper aproveitou a ocasião para informar Long sobre a situação de *Aedes aegypti* e *Anopheles gambiae* no Brasil, destacando que as atividades de controle do mosquito no país transcorriam tão bem que ele e outros funcionários da Fundação Rockefeller estavam convencidos de que era possível erradicar ambas as espécies do país inteiro em um período de tempo relativamente curto. Ele afirmou que, na próxima Conferência Sanitária Pan-Americana, que se realizaria em 1942, no Rio de Janeiro, "nós estaremos em condições de apresentar dados que devem convencer todos os delegados de que qualquer autoridade sanitária contente em permitir que *Stegomyia* continue a existir em seu território é um criminoso e um traidor".[184]

Foi com esse pensamento que Soper desembarcou em La Paz, em 20 de janeiro de 1941, na companhia de Lewis Hackett, chefe do Escritório Regional da Fundação Rockefeller para o Rio da Prata e Região Andina. Três dias depois, eles tiveram uma audiência com o presidente da República Juan Henrique Peñarada e com autoridades sanitárias do país. Na ocasião, o ministro da Saúde Abelardo Ibañez Benavente informou ao presidente que a Fundação Rockefeller esperava eliminar *Aedes aegypti* da Bolívia naquele ano, e Peñarada manifestou o seu desejo de ver a organização filantrópica norte-americana envolvida também na solução do problema da malária, um dos mais sérios do país, aproveitando os conhecimentos de Hackett sobre a doença. Ele também sugeriu que a Fundação Rockefeller concedesse bolsas para jovens bolivianos estudarem nos Estados Unidos. Sem poder

comprometer-se com tais pedidos, Hackett se esquivou dos dois assuntos, argumentando que os objetivos daquela viagem eram fazer contato com as autoridades do país e conhecer melhor as condições sanitárias da Bolívia. Ao fim da audiência, o presidente emitiu o decreto que autorizava a assinatura de um convênio com a Fundação Rockefeller para o ano 1941.[185]

Após uma curta passagem pelo Chile, Soper desembarcou em Lima, em 28 de janeiro de 1941, também com o objetivo de mediar um acordo entre a Fundação Rockefeller e o governo peruano. No dia 11 de fevereiro, ele escreveu uma carta a Sawyer, diretor da DSI, expondo as razões pelas quais a organização deveria assumir a administração do Serviço de Febre Amarela e do Serviço Especial de Malária existentes no país. Nela, Soper destacou que já havia discutido amplamente a situação sanitária do Peru com os diretores dos dois serviços, bem como com Constantino J. Carvallo, ministro da Saúde, com Alberto Hurtado, diretor do Departamento de Saúde, e com outras autoridades sanitárias peruanas, incluindo-se Carlos Enrique Paz Soldán.[186] Hurtado, até mesmo, havia redigido a minuta de um contrato semelhante àquele firmado entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro, em 1938, autorizando a DSI a assumir a responsabilidade técnica e administrativa por todas as fases do combate à febre amarela no Peru e pelo Serviço Especial de Malária. A proposta já tinha sido aprovada pelo ministro da Saúde e dependia apenas da aprovação de Sawyer para entrar em vigor.[187]

A minuta do acordo foi enviada a Sawyer junto com um sumário das razões para a sua aprovação, elaborado por Hackett.[188] Como forma de melhor informar o diretor da DSI, Soper descreveu na carta a situação da febre amarela no Peru, procurando relacioná-la com a questão da doença no continente como um todo. Assim, após apresentar um histórico do aparecimento da febre amarela no país e de sua epidemiologia nas três diferentes regiões geográficas que o compõem (a costa do Pacífico, os Andes e o vale amazônico), Soper se dedicou a comentar as atividades que vinham sendo desenvolvidas contra a doença. Ele salientou que, em sua última visita ao Peru, realizada em maio de 1937, havia constatado um temor entre as autoridades sanitárias peruanas em virtude do aparecimento da febre amarela nas proximidades de Lima. Naquela ocasião, diante dos apelos para que a Fundação Rockefeller implementasse uma campanha contra a enfermidade no país, Soper havia informado ao ministro da Saúde que a DSI não tinha interesse em participar de campanhas anti-*Aedes aegypti* em outros países além daqueles onde já atuava, mas que a organização se dispunha

a oferecer treinamento no Brasil ao pessoal necessário à campanha. O governo peruano aceitou a sugestão e, algumas semanas depois, o próprio ministro da Saúde viajou ao Brasil para conhecer a organização do SCFA e se familiarizar com a relação existente entre a DSI e o governo brasileiro. O médico Carlos Lazarte (assistente do ministro) também foi enviado ao Brasil para receber treinamento. Depois de três meses, ele retornou ao Peru para organizar o Serviço de Febre Amarela Selvática, criado em janeiro de 1938.

Soper observou que, apesar da denominação, o serviço era responsável pela condução de medidas anti-*Aedes aegypti*, bem como pelas atividades de vacinação e viscerotomia no país. Os recursos necessários ao seu funcionamento vinham do governo peruano (72 mil soles) e da DSI (40 mil soles). O novo acordo propunha um aumento da contribuição da agência norte-americana para 6 mil soles por mês, igualando a quantia que o Estado peruano destinava ao serviço. Como argumento para que a DSI aceitasse o aumento do financiamento, Soper relatou que, em maio de 1940, teve a oportunidade de acompanhar as atividades anti-*Aedes aegypti* do Serviço de Febre Amarela e que a tentativa de Lazarte de reproduzir no país o serviço brasileiro havia lhe causado boa impressão. Entretanto, ele retornou da viagem com a convicção de que a erradicação de *Aedes aegypti* das cidades costeiras do Peru não poderia ser alcançada sem adotar regulações semelhantes àquelas vigentes no Brasil e sem dar ao serviço uma liberdade de ação maior do que aquela que podia ser conseguida sob a organização burocrática do Departamento de Saúde peruano.[189]

Soper terminou a carta para Sawyer afirmando que tinha consciência que a sua proposta para que a DSI assumisse a responsabilidade direta pela administração do Serviço de Febre Amarela do Peru era contrária às recomendações gerais da própria agência no que dizia respeito à organização de atividades anti-*Aedes aegypti* em novos países. Ele argumentou, contudo, que a situação atual era completamente diferente daquela verificada pouco tempo antes. No seu entendimento, após a descoberta da febre amarela silvestre tinha ficado claro que a única maneira eficaz de controlar a doença nas cidades era pela manutenção de baixos índices de *Aedes aegypti*. Nesse ponto, ele salientava que a DSI havia realizado um número mais do que razoável de demonstrações de atividades de controle do mosquito e que, por isso, tinha o direito de insistir para que cada país que se sentisse ameaçado pela febre amarela se responsabilizasse pela organização de tais atividades. E, de fato, sérias tentativas nesse sentido foram feitas na

Colômbia, na Venezuela e no Peru. Esses países, no entanto, embora tenham conseguido reduzir os focos do mosquito, não foram capazes de levar o trabalho adiante até a sua erradicação. Isso porque as atividades anti-*Aedes aegypti* sempre demandavam vultosos recursos antes que a erradicação fosse alcançada e, conforme Soper destacou, era demais esperar que os governos da região mantivessem tais atividades permanentemente, sobretudo na ausência de epidemias. Assim, embora alguns países tivessem enviado profissionais ao Brasil para treinamento e disponibilizados fundos para a organização de atividades anti-*Aedes aegypti*, os esforços realizados não resultaram na estruturação de serviços eficientes capazes de implementar a erradicação.[190]Além disso, prosseguia Soper, em meio às tentativas de alguns países da América do Sul de organizar campanhas anti-*Aedes aegypti*, tinha ocorrido uma grande mudança de atitude em relação ao problema da febre amarela entre os funcionários envolvidos no combate à enfermidade no Brasil. Nos anos de 1932 e 1933, o índice zero de *Aedes aegypti* foi alcançado em algumas cidades do país. Como consequência, em 1934 ganhou força a ideia de que era possível erradicar a espécie de todo o território nacional que, no entanto, foi recebida inicialmente com grande desconfiança. O rápido progresso feito em alguns estados brasileiros nos anos seguintes, entretanto, convenceu os diretores responsáveis pelo SCFA que a erradicação de *Aedes aegypti* poderia ser alcançada em poucos anos. As autoridades sanitárias bolivianas, de maneira similar, também acreditavam que o vetor da febre amarela poderia ser declarado erradicado do país já em 1942, dado o progresso da campanha que vinha sendo conduzida no país pela Fundação Rockefeller e o governo boliviano desde 1932. Dessa forma, Soper argumentava que a reorganização do serviço peruano possibilitaria que, por ocasião da Conferência Sanitária Pan-Americana de 1942, a ser realizada no Rio de Janeiro, o programa de erradicação já estivesse bem encaminhado. O seu plano era apresentar aos delegados presentes à Conferência uma bem-sucedida campanha de erradicação de *Aedes aegypti* nos três países, de modo a pressionar as demais nações do continente a também empreender a mesma ação em seus respectivos territórios. Nas palavras de Soper,

> Brasil, Bolívia e Peru formam uma faixa contínua de território que se estende do Atlântico ao Pacífico; um progresso definitivo em direção à erradicação nestes três países deve resultar em uma pressão sobre os países ainda infestados pelo *Aedes aegypti* tanto ao norte quanto ao sul para se ocupar com a limpeza dos seus respectivos territórios.[191]

Embora acreditasse que o programa peruano descrito no novo contrato se justificava em virtude das condições locais, Soper destacava também que o sucesso do mesmo acarretaria um aumento da demanda para que a Fundação Rockefeller colaborasse com os países da região no combate à febre amarela e a malária, de modo que a organização deveria estar preparada para tal situação. No caso específico da febre amarela, ele argumentava que já havia sido amplamente demonstrado que a erradicação de *Aedes aegypti* requeria um tipo de organização muito difícil de ser alcançada sem a colaboração direta da Fundação Rockefeller. Desse modo, Soper previa uma demanda por pessoal treinado para ajudar a organizar o trabalho de erradicação do *Aedes aegypti* em vários países da região, quando o tema voltasse a ser discutido na próxima Conferência Sanitária Pan-Americana.[192]

A carta de Soper para Sawyer evidencia sua estratégia para dar prosseguimento à campanha de erradicação do *Aedes aegypti* em escala continental. O plano era que a Fundação Rockefeller aprovasse o acordo com o governo peruano e, imediatamente, desse início às atividades de erradicação do vetor no país. Paralelamente, a campanha anti-*Aedes aegypti* prosseguiria na Bolívia e no Brasil de modo que, na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1942, os três países pudessem anunciar a erradicação de *Aedes aegypti* de seus respectivos territórios, influenciando as demais nações do continente a também realizar a mesma tarefa. A Fundação Rockefeller, por sua vez, financiaria em grande parte a campanha e daria o suporte técnico necessário, fornecendo pessoal treinado – em sua maioria especialistas brasileiros do SNFA – e ofereceria treinamento no Brasil para médicos e sanitaristas latino-americanos. Em suma, a proposta era iniciar a erradicação de *Aedes aegypti* da América do Sul a partir do bloco formado por Brasil, Peru e Bolívia, cujos territórios se estendiam do oceano Atlântico ao Pacífico. Tal estratégia, na visão de Soper, levaria à erradicação do vetor da febre amarela das Américas em pouco tempo, finalizando com êxito a campanha contra a doença iniciada pela Fundação Rockefeller em 1918.

Soper parece ter convencido Sawyer, que concordou com os termos do contrato. Desse modo, no segundo semestre de 1941 o acordo entre a Fundação Rockefeller e o governo peruano foi assinado, com base naquele que havia sido firmado entre o Brasil e a organização filantrópica norte-americana em 1938. A partir desse momento, a Fundação Rockefeller passou a manter um Escritório permanente em Lima, vinculado ao Ministério da Saúde Pública, Trabalho e Previdência Social, dirigido por Henry P. Carr, da

DSI, que acumulava também a função de inspetor-geral do Serviço Especial de Febre Amarela e Paludismo. O financiamento da campanha foi dividido igualmente entre o governo peruano e a Fundação Rockefeller, conforme Soper havia defendido em sua carta.[193]

Do Peru, Soper seguiu para o Equador e, posteriormente, para a Colômbia, onde visitou o Laboratório de Febre Amarela de Bogotá e se encontrou com outros especialistas da Fundação Rockefeller, como Hugh Smith e John C. Bugher. No dia 28 de janeiro, durante um encontro com autoridades sanitárias do país, ele manifestou a sua intenção de que fossem feitos arranjos, em um futuro próximo, para eliminar *Aedes aegypti* da localidade de Letícia já nos meses seguintes, de modo a não prejudicar os esforços que estavam sendo envidados pelos governos do Brasil e do Peru.

Durán assegurou-lhe que qualquer medida sugerida pela Fundação Rockefeller seria bem-recebida pelo governo colombiano, mas que poderia ser necessário enviar pessoal para treinamento no Brasil. Também salientou que qualquer tentativa de promover atividades anti-*Aedes aegypti* na Colômbia esbarraria na suposição de que tal trabalho era desnecessário, pois uma vacina segura e eficiente contra a febre amarela já estava disponível no país. Contudo, "se a Fundação pudesse promover uma campanha geral para eliminar *Aedes aegypti* da América do Sul", Durán acreditava que uma "entusiástica cooperação poderia ser obtida". Soper respondeu que o mundo conhecia há mais de cem anos uma vacina contra a varíola, mas que milhares de casos da doença ainda ocorriam nos Estados Unidos todos os anos e que "o melhor procedimento em saúde pública era depender o mínimo possível de vacinas". Ele concordou, no entanto, que era impossível pensar na organização de serviços de controle de *Aedes aegypti* em qualquer parte das Américas se a erradicação da espécie não pudesse ser alcançada em um período razoável de tempo.[194]

No dia 10 de março, após quase três meses de viagem por diversos países da América do Sul, Soper desembarcou em Nova York, onde se encontrou com Sawyer e com Raymond B. Fosdick, presidente da Fundação Rockefeller (1936-1948), para um almoço na sede da organização. Dois dias depois, ele se reuniu com Sawyer para discutir os problemas médico-sanitários da América do Sul e o destino do pessoal da Fundação no continente. Soper informou ao diretor da DSI que o *Anopheles gambiae* não era encontrado no Brasil desde novembro do ano anterior e que nenhum caso de febre amarela havia sido reportado no território brasileiro em 1941, embora regiões da Colômbia localizadas na fronteira com o país

estivessem infestadas de *Aedes aegypti*. Ele aproveitou a oportunidade para defender que a DSI deveria criar mecanismos capazes de estimular um maior interesse dos países das Américas Central e do Sul nas atividades de combate ao mosquito. Eles discutiram também os aspectos benéficos de tais medidas e da vacina contra a febre amarela e concordaram que esta não deveria substituir o trabalho antimosquito. Soper e Sawyer também conversaram sobre as possíveis influências da Segunda Guerra Mundial sobre as atividades da Rockefeller na América Latina e concluíram que os funcionários que estavam na região deveriam permanecer lá por enquanto.

O plano de Soper caminhava a contento. A DSI havia concordado em participar do programa de combate a *Aedes aegypti* no Peru, o Brasil prosseguia com as atividades antimosquito no interior do país e a Bolívia estava próxima de alcançar a erradicação da espécie. No ritmo em que as atividades se desenvolviam, a ideia de apresentar resultados expressivos do combate ao vetor da febre amarela nos três países já na Conferência Sanitária Pan-Americana do Rio de Janeiro, em 1942, parecia perfeitamente exequível. Mais do que isso, as articulações realizadas por Soper com alguns governos latino-americanos durante a sua viagem pela América do Sul serviram de base, como veremos, para uma primeira proposta oficial de erradicação continental do mosquito vetor da febre amarela.

## A Conferência de 1942 e a Proposta Oficial Boliviana

A XI Conferência Sanitária Pan-Americana foi realizada no Rio de Janeiro, entre 7 e 18 de setembro de 1942 (OSP, 1942b). O ministro Gustavo Capanema presidiu a sessão solene de abertura no Palácio Tiradentes. Durante a sua gestão do Ministério da Educação e da Saúde do Brasil (1934-1945) haviam sido criados o SNFA, o Serviço de Malária do Nordeste (SMNE) e o Serviço Nacional de Malária (SNM). Capanema também foi o responsável por criar as delegacias federais de saúde, por instituir as conferências nacionais de saúde e por negociar com a Fundação Rockefeller um programa de saneamento da Amazônia, realizações que impressionaram as autoridades sanitárias presentes na Conferência. Membro da cúpula do Estado Novo (1937-1945), ele conduziu o processo de centralização dos serviços de saúde (Barreto, 1943; Gomes 2000; Fonseca, 2007).

O principal responsável pela implementação das reformas na área da saúde foi o médico-sanitarista João de Barros Barreto, que havia sido

nomeado para a direção do DNSP[195] em fevereiro de 1937, permanecendo no cargo até 1945 (Hochman, 2001). Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1912, Barros Barreto havia feito cursos de aperfeiçoamento em instituições acadêmicas de prestígio nos Estados Unidos, como a Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins (1918), em Baltimore, no estado de Maryland, e a Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard (1924-1925), em Boston, Massachusetts.[196] Já uma figura proeminente no campo da saúde pública nas Américas, Barros Barreto foi o organizador e presidente da Conferência no Rio de Janeiro, ao término da qual foi eleito presidente de honra da RSP (OSP, 1942a).

Realizada no contexto da Segunda Guerra Mundial, a XI Conferência Sanitária Pan-Americana contou com a participação de delegados de todas as 21 repúblicas do continente que faziam parte da União Pan-Americana, além de observadores do Canadá. Este país, embora não fizesse parte da RSP, participou pela primeira vez de uma conferência sanitária, merecendo, inclusive, um voto de aplauso dos delegados por ter afirmado a sua "solidariedade continental" (OSP, 1942a).[197] Nove ministros da Saúde, entre eles Capanema, também estiveram presentes no Rio de Janeiro (Cueto, 2007a).

A Conferência Sanitária do Rio de Janeiro também assinalou a apresentação da primeira proposta oficial para a erradicação de *Aedes aegypti* em escala continental feita a uma organização internacional. O responsável pela proposição foi Abelardo Ibañez Benavente, ministro da Saúde da Bolívia e delegado deste país na Conferência, que apresentou um projeto de resolução em que recomendava:

> Aos governos dos países representados na XI Conferência Sanitária Pan-Americana o estabelecimento de serviços simultâneos para erradicar o *Aedes aegypti* em caráter de urgência e com a obrigação de mantê-los durante os anos necessários para acabar com a espécie nas Américas.[198]

O projeto de resolução apresentado foi elaborado em conjunto por Ibañez Benavente e Soper, com ajuda de John D. Long da RSP,[199] com quem o médico norte-americano já havia discutido a ideia de uma campanha para eliminar *Aedes aegypti* do continente durante a sua viagem pela América do Sul. A proposta apresentada corroborava o plano traçado por Soper nos anos anteriores de, com base na apresentação de programas bem-sucedidos de combate a *Aedes aegypti* no Brasil, Peru e Bolívia, compelir os delegados

presentes na Conferência Sanitária Pan-Americana do Rio de Janeiro a aprovarem a implementação de uma campanha de erradicação do vetor da febre amarela em escala continental.

No período que antecedeu a realização da Conferência, Soper havia consultado também Thomas Parran, cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (Surgeon General – United States Public Health Service – USPHS – 1936-1948), acerca da posição do governo norte-americano em relação a um programa de extermínio de *Aedes aegypti* nas Américas. Parran disse-lhe que o governo de seu país não se oporia à tal iniciativa.[200] Já durante a Conferência, Soper fez uma defesa veemente da erradicação de *Aedes aegypti* das Américas, argumentando que a extensão da área de combate ao vetor do centro até a periferia era o meio mais eficaz e econômico de eliminar a febre amarela do continente:

> Não seria prudente recomendar a organização de um serviço permanente para combater o *Aedes aegypti* em todo o continente, com o único fim de obter um índice baixo da espécie. Um índice (chamado de segurança) inferior a 5% resulta muito mais custoso de manter do que um índice zero, e não cabe esperar que os governos continuem os serviços para obter nada mais que resultados temporários. Por outro lado, a erradicação da espécie permite organizar um (...) 'serviço sentinela' permanente que resultaria relativamente econômico. (Soper, 1942)

Soper e Ibáñez Benavente se conheceram em 1932, quando este era chefe do Serviço Médico do Exército da Bolívia e estava preocupado com o problema da febre amarela em seu país, tendo em vista que a epidemia de Santa Cruz havia começado com um surto entre as tropas (Soper & Duffy, 1979). Ainda em 1932, Ibáñez Benavente participaria da Guerra do Chaco (1932-1935) como oficial do corpo de saúde do exército boliviano,[201] tendo a possibilidade de observar *in loco* a devastação causada pela doença. Nos dez anos que se seguiram ao encontro entre os dois, a febre amarela tinha sido eliminada das cidades e vilarejos das planícies bolivianas, e *Aedes aegypti* estava em vias de ser erradicado de todo o território nacional. A febre amarela silvestre, contudo, ainda era um grave problema de saúde pública na Bolívia. Nesse sentido, o plano apresentado por Ibáñez Benavente visava impedir que, mediante uma possível reinfestação de seu país pelo mosquito, epidemias da doença pudessem acometer novamente as grandes cidades bolivianas.

Outro fator que nos ajuda a entender a proposta boliviana e a instância na qual ela foi apresentada foi o ressurgimento do pan-americanismo nos anos da Segunda Guerra Mundial. O cenário das relações internacionais nas Américas nesse período foi marcado pela *política da boa vizinhança*, iniciada em 1928 com a eleição do republicano Herbert Hoover (1929-1933) para a presidência dos Estados Unidos e consolidada durante a administração de Franklin Delano Roosevelt (1933-1945), o seu sucessor do Partido Democrata. Essa política procurava consolidar um ideal pan-americano adequado aos interesses norte-americanos, pelo estímulo à cooperação entre os países da região, o reconhecimento de sua soberania e a identificação dos problemas comuns. Na prática, a *política da boa vizinhança* procurou diminuir as intervenções militares diretas nas repúblicas do continente e, consequentemente, o antiamericanismo que elas despertavam. Simultaneamente, os Estados Unidos buscavam fortalecer a sua influência política e econômica na América Latina, assumindo de vez o lugar que fora ocupado pelas potências europeias. Um instrumento importante para a consecução desse objetivo foi a criação de uma série de programas de intercâmbio voltados para professores e especialistas em áreas como administração, educação, agricultura e saúde pública (Wood, 1967).[202]

A saúde pública era um elemento importante da *política da boa vizinhança*. Nos anos da Segunda Guerra Mundial, popularizou-se nas Américas a expressão "defesa continental", que passou a ser empregada pelas autoridades sanitárias da região para se referir à guerra particular que elas travavam contra as doenças passíveis de prevenção e as péssimas condições de saúde em que vivia a maior parte da população do continente.

A defesa continental foi um dos temas principais da III Reunião de Consulta dos Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada também no Rio de Janeiro, entre 15 e 28 de janeiro de 1942, apenas alguns meses antes da XI Conferência Sanitária Pan-Americana. O principal objetivo desse encontro foi a elaboração de uma política conjunta das repúblicas americanas, baseada na ideia de uma solidariedade pan-americana. O governo norte-americano, que convocou a reunião logo após o ataque japonês a Pearl Harbor, em dezembro de 1941, queria que os países do continente aprovassem de forma unânime uma resolução prevendo o rompimento imediato de relações diplomáticas e comerciais com os países do Eixo. Tal objetivo, contudo, não foi alcançado em virtude da recusa dos governos da Argentina e do Chile em aderir a tal proposição. Foi aprovada, então, uma outra resolução que apenas recomendava o rompimento de

relações. Os países latino-americanos, no entanto, se comprometeram a fornecer matérias-primas para o esforço de guerra norte-americano, a remover as barreiras existentes à livre circulação de capitais e a garantir a ordem interna. Tais compromissos foram firmados nos chamados "Acordos de Washington", mediante os quais os Estados Unidos consolidaram a sua posição hegemônica no continente, neutralizando, assim, a ofensiva comercial e política dos países do Eixo (Cueto, 2007a).[203]

Conforme sustenta Cueto (2007a: 97), após Pearl Harbor e a entrada dos Estados Unidos na guerra, o receio de uma agressão militar por parte dos países do Eixo "intensificou o sentimento de que havia uma comunhão de interesses pan-americanos que se estendiam do Alasca à Patagônia e incluíam todas as ilhas do Caribe (...) um território tão vasto quanto esse parecia vulnerável". Ele afirma que o termo interamericano, inclusive, passou a ser utilizado com mais frequência para se referir a congressos e reuniões realizadas no continente, como forma de explicitar uma relação horizontal entre os países das Américas (Cueto, 2007a).

Nesse contexto, coube à RSP canalizar esse renovado sentimento pan-americano para a área da saúde, fortalecendo o conceito de cooperação interamericana no campo sanitário e colocando em prática tal ideia. Uma evidência nesse sentido foi o estabelecimento, nos anos da Segunda Guerra Mundial, das bases do que viriam a ser os primeiros Escritórios de campo da organização. O primeiro deles foi criado em 1942, em El Paso, na fronteira entre os Estados Unidos e o México. A sua tarefa inicial era combater a sífilis e a gonorreia, doenças que existiam dos dois lados da fronteira e de tratamento longo e difícil, em um cenário no qual a penicilina ainda não havia sido descoberta. No ano seguinte, o trabalho da RSP na região ganhou um reforço com a criação da Associação de Saúde da Fronteira México-Estados Unidos (Health Association of the United States-Mexico Border), que congregava profissionais da saúde dos dois países, estimulava a troca de informações entre eles e realizava encontros anuais, alternadamente em cada país.[204]

O segundo Escritório de campo da RSP foi criado na cidade da Guatemala com a tarefa de controlar o tifo exantemático que castigava as comunidades indígenas. Em seguida, foi a vez da criação de um Escritório em Lima, no Peru, que deveria supervisionar os programas educacionais de enfermagem e eliminar a peste bubônica da costa ocidental da América do Sul. Por fim, a Jamaica também recebeu o seu Escritório no fim dos anos 1950, época em que a RSP já havia dado início a um processo de criação destas agências em cada um dos seus países-membros (Cueto, 2007a).

Nesse contexto de renascimento do pan-americanismo e de sua tradução em medidas práticas no campo da saúde pública, a proposta de Ibáñez Benavente de implementar uma campanha conjunta dos países das Américas para erradicar *Aedes aegypti* do continente teve uma boa acolhida entre os delegados presentes à Conferência. Entretanto, após um longo debate na Comissão de Votos e Resoluções, foi aprovada uma resolução muito menos enérgica do que aquela esperada pelo ministro da Saúde boliviano e pelo próprio Soper:

> A XI Conferência Sanitária Pan-Americana, depois de verificar os resultados obtidos pelo Brasil, Peru e Bolívia no tocante à erradicação do *Aedes aegypti*, resolve consignar um voto de aplauso para este progresso sanitário obtido, que representa uma garantia contra a propagação da febre amarela e, ao mesmo tempo, pede aos governos dos países em cujos territórios se encontrem os vetores da enfermidade que organizem serviços destinados à sua erradicação baseando-se nos planos adotados no Brasil. (OSP, 1942a: 1.067)

Assim, ao contrário da ideia original de Soper de comprometer as repúblicas americanas com uma campanha de erradicação de *Aedes aegypti* em escala continental, os delegados presentes à Conferência Sanitária Pan-Americana do Rio de Janeiro apenas reconheceram o trabalho de combate ao vetor da febre amarela que vinha sendo realizado por Brasil, Peru e Bolívia, em conjunto com a Fundação Rockefeller, e recomendaram aos demais países do continente que seguissem o exemplo dos governos peruano e boliviano e também organizassem serviços destinados à erradicação do mosquito, com base no SNFA brasileiro. Os planos de Soper foram adiados momentaneamente, mas não esquecidos.

## A Segunda Guerra Mundial e as Novas Prioridades da Fundação Rockefeller

Soper não acompanhou os desdobramentos das discussões sobre a erradicação continental de *Aedes aegypti*. No fim de setembro de 1942, logo após a XI Conferência Sanitária Pan-Americana, ele deixou o Rio de Janeiro sem planos definidos quanto ao seu futuro. Aos 49 de idade, então, ele havia trabalhado para a Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller na América do Sul por 23 anos ininterruptos, 15 dos quais como chefe do Escritório Regional da organização no Rio de Janeiro. Toda a sua carreira havia sido construída na região, coordenando atividades e

investigações da Fundação Rockefeller em conjunto com os governos locais (Soper & Duffy, 1979).

Quando da saída de Soper do Brasil, a febre amarela já não se constituía em um grave problema na América do Sul, a vacinação antiamarílica da população das áreas rurais estava em curso, e a Fundação Rockefeller havia se comprometido, como vimos, com a erradicação de *Aedes aegypti* em alguns países da região. No Brasil, o Serviço Cooperativo de Febre Amarela havia passado para a responsabilidade do governo federal, transformando-se em Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), criado em 1940. A Fundação Rockefeller, contudo, mantinha a colaboração com o país, supervisionando a condução de exames laboratoriais, investigações epidemiológicas e a fabricação da vacina 17D no Laboratório de Febre Amarela do Rio de Janeiro. O *Anopheles gambiae*, por seu turno, havia sido erradicado do Nordeste após uma campanha fulminante conduzida conjuntamente pelo governo brasileiro e a Fundação Rockefeller, sob a direção de Soper. Em junho de 1942, no entanto, o Serviço de Malária do Nordeste (SMNE) foi fechado.

O Escritório Regional da Rockefeller no Rio de Janeiro, por sua vez, já não era mais responsável pelos programas da organização desenvolvidos fora do Brasil. Um novo Escritório Regional tinha sido estabelecido em Buenos Aires para coordenar as atividades da Fundação nos países da América do Sul de língua espanhola, cobrindo um território que se estendia desde a Colômbia até a Argentina e o Chile. Os estudos sobre a febre amarela na Colômbia também já não dependiam mais do Laboratório do Rio de Janeiro, na medida em que a Fundação Rockefeller havia criado um Laboratório de Febre Amarela em Bogotá, em 1934. Como consequência desse cenário, as funções do Escritório Regional da Fundação no Rio de Janeiro, que Soper dirigia, eram mínimas no começo dos anos 1940 (Soper & Duffy, 1979).

As atividades da Fundação Rockefeller no continente também tinham começado a sofrer a concorrência do recém-criado Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), um órgão do governo norte-americano que se constituiria em um elemento-chave para a promoção da *política da boa vizinhança* na América Latina durante a administração Roosevelt (1933-1945) (Blumenthal, 1968). Embora tenha sido fundado oficialmente em março de 1942, em resposta à entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial poucos meses antes e à necessidade de matérias-primas e aliados daí decorrentes, as raízes do IAIA remontam a junho de 1940. Neste mês, o jovem empresário e político Nelson A. Rockefeller, neto de John D.

Rockefeller, magnata do petróleo e criador da Fundação batizada com o seu nome, encaminhou a Roosevelt um memorando intitulado "Política econômica do hemisfério", no qual defendia uma intensa colaboração cultural e comercial entre as Américas e a modernização das economias latino-americanas como forma de combater a influência nazifascista no continente.[205]

Após a leitura do memorando de Rockefeller, Roosevelt emitiu um decreto no qual ordenava que o Conselho de Defesa Nacional se encarregasse da criação de um Escritório para a Coordenação das Relações Comerciais e Culturais entre as Repúblicas Americanas (Office for the Coordination of Commercial and Cultural Relations between the American Republics). Nelson Rockefeller foi nomeado coordenador do novo órgão que, em 1941, foi rebatizado de Escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos (Office of the Coordinator of Inter-American Affairs – OCIAA), passando para a jurisdição do Departamento de Estado Norte-Americano. O IAIA foi criado no âmbito desse Escritório, em março de 1942, com o objetivo de implementar os "Acordos de Washington", firmados dois meses antes (Rowland, 1947).

Soper participou das discussões que levaram à criação do IAIA. Entre 19 e 22 de dezembro de 1941, logo após o ataque japonês à base norte-americana de Pearl Harbor e a entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial, ele foi convocado a Washington D.C, onde se reuniu com um pequeno grupo de especialistas para assessorar a criação da nova agência do governo norte-americano.[206] Na ocasião, o grupo discutiu um prospecto sobre a situação sanitária nas Américas, preparado por Nelson Rockefeller, no qual o coordenador de assuntos interamericanos propunha um programa quinquenal para melhorar as condições de saúde no continente a um custo de 150 milhões de dólares para o governo norte-americano. Ao fim da reunião, os participantes propuseram o nome de Soper para dirigir o projeto. Em seu livro de memórias, ele afirma que essa foi a primeira proposta séria que recebeu para deixar de trabalhar no Escritório Regional da Fundação Rockefeller no Brasil (Soper & Duffy, 1979).

Soper, contudo, não aceitou o cargo porque considerava um erro do governo norte-americano intervir na execução de programas de saúde na América Latina com propósitos políticos. Ele afirmava que, como representante da Fundação Rockefeller no continente, havia participado da organização e administração de programas sanitários em muitos países, mas que não estava disposto a fazer o mesmo como representante do governo

dos Estados Unidos. Estava bem viva em sua memória a experiência que tivera no Norte do Brasil quando, na condição de primeiro representante residente da Fundação Rockefeller na área, enfrentou diversas acusações, tais como a de que a organização filantrópica norte-americana era uma instituição de proselitismo religioso ou mesmo uma agência secreta do governo norte-americano para a penetração comercial no continente. Soper argumentava que tinha demorado muitos anos para construir a imagem da Fundação Rockefeller como uma organização independente do governo dos Estados Unidos e que, por esse motivo, seria muito difícil converter-se em representante de tal governo sem suscitar dúvidas acerca de suas reais intenções e daquelas da instituição que representara nos anos anteriores (Soper & Duffy, 1979).

Soper enumera ainda outras objeções importantes que tinha em relação ao projeto do governo norte-americano, entre as quais a sua oposição à ideia de se desembolsar uma soma elevada para ser aplicada em um curto espaço de tempo. Ele considerava praticamente impossível que uma instituição pudesse gastar 150 milhões de dólares em um prazo de cinco anos em programas de saúde nas Américas. O seu parâmetro eram os três milhões de dólares anuais, que a Fundação Rockefeller destinava aos seus programas sanitários em todo o mundo. Além disso, "posto que o objetivo dos Estados Unidos consistia em obter a boa vontade dos países latino-americanos", Soper acreditava que o diretor do programa não gozaria da independência técnica necessária para determinar quais seriam as atividades sanitárias que deveriam ser apoiadas. Também seria difícil para um serviço orientado politicamente manter a eficácia administrativa e a orientação científica que, na sua opinião, haviam caracterizado as atividades da Fundação Rockefeller na América do Sul (Soper & Duffy, 1979).

A segunda oferta para que Soper deixasse o Brasil viria seis meses depois de sua recusa em participar do IAIA. Em junho de 1942, as Forças Armadas norte-americanas estavam à procura de um consultor de febre amarela e malária transmitida por *Anopheles gambiae* para atuar no norte da África, como parte das operações dos Aliados naquela área de influência britânica. Soper foi indicado para desempenhar tal função, em virtude da experiência que havia adquirido no Brasil no combate às duas enfermidades e de sua habilidade em negociar acordos de cooperação com governos locais e torná-los efetivos. A sua missão consistiria em evitar a ocorrência de surtos das duas doenças que pudessem afetar as atividades militares dos Aliados na região. Para cumpri-la, ele contaria, além de sua capacidade de

persuasão, com uma patente de tenente-coronel, com a qual seria agraciado. Em suas memórias, ele confessa que não ficou muito entusiasmado diante da perspectiva de ser consultor em uma área violentamente castigada pela malária, sobretudo porque não iria dispor dos meios necessários para organizar unidades especiais de combate à doença, mas que estava disposto a desempenhar a tarefa como forma de contribuir com o esforço de guerra do seu país. Soper, contudo, não foi aprovado nos exames médicos, o que levou o exército norte-americano a retirar o convite que fizera. O diretor da DSI Wilbur Sawyer no entanto, lhe ofereceu o cargo de consultor civil da organização em febre amarela e malária no continente africano. Soper deveria regressar ao Brasil para preparar a sua partida em definitivo do país, de modo a poder dar início às suas atividades na África.[207]

Ao retornar a Nova York, no começo de outubro de 1942, vindo do Brasil, Soper foi informado, contudo, que o plano de Sawyer de enviá-lo para a África não fora aprovado pela direção da Fundação Rockefeller. Em compensação, os coronéis James S. Simmons e Stanhope Bayne-Jones, do gabinete do cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, haviam consultado o diretor da DSI sobre a possibilidade de contar com os seus serviços no oeste do Pacífico, para onde ele seria enviado com as forças do general Douglas MacArthur para combater a malária. Soper, no entanto, não aceitou a proposta, pois não se considerava uma malariologista, nem competente o suficiente para prestar consultoria nesse campo. Foi nesse momento que Sawyer chamou a sua atenção para os problemas sanitários que se abatiam sobre a Europa, em consequência da Segunda Guerra Mundial, com destaque para o tifo. O diretor da DSI sugeriu, então, que Soper participasse da luta contra o piolho transmissor da enfermidade, de modo a impedir que se repetissem as grandes epidemias de tifo que haviam ocorrido na Europa Oriental e na Rússia durante a Primeira Guerra Mundial. Consciente dessa ameaça, Sawyer já havia começado a preparar a participação da Fundação Rockefeller na prevenção da enfermidade no continente europeu desde o início da guerra. Em 1940, inclusive, a DSI recrutou um reduzido grupo de especialistas na doença para realizar pesquisas no Instituto Rockefeller sobre vacinas e inseticidas capazes de combatê-la. A convite de Sawyer, Soper visitou o “Laboratório de Piolhos” durante sua passagem por Nova York em julho de 1942 (Soper & Duffy, 1979).

Quando a Segunda Guerra Mundial teve início, em setembro de 1939, a Fundação Rockefeller tinha mais de cem projetos em operação na Europa, que esperava continuar desenvolvendo. A organização filantrópica

norte-americana não tinha intenção de se retirar do continente e resolveu salvar o quanto fosse possível das atividades que estavam em andamento. Ao contrário do que havia ocorrido durante a Primeira Guerra Mundial, contudo, a Fundação decidiu não se envolver nas atividades emergenciais provocadas pela guerra. Em reunião ocorrida em dezembro de 1939, a direção da organização concluiu que, se os recursos fossem utilizados "para reduzir o sofrimento humano causado pela fome, inundações, terremotos ou qualquer outra calamidade, nossos fundos logo se esgotariam sem nenhum resultado permanente". Esse era o pensamento vigente quando a DSI recebeu da Cruz Vermelha norte-americana um pedido de ajuda de vinte milhões de dólares para financiar, justamente, a realização de atividades de emergência no continente europeu. Nesse momento Sawyer e George K. Strode, respectivamente diretor (1935-1944) e diretor adjunto da DSI (1938-1944), decidiram que um programa geral de guerra, destinado a ajudar organizações de saúde governamentais, fazia-se necessário. Nascia, assim, com sede no Escritório Regional da Fundação Rockefeller em Paris, a Comissão de Saúde na Europa (Health Commission in Europe), tendo Sawyer como diretor e Strode como diretor assistente. No ano seguinte, o nome Europa foi retirado do título da comissão de modo a permitir que o novo órgão realizasse atividades também fora do continente europeu.[208]

A Comissão de Saúde na Europa, criada com o objetivo de realizar atividades emergenciais no contexto da guerra, permitiu que a DSI continuasse se dedicando aos projetos já em curso e às metas que havia estabelecido para eles antes do conflito. Como observou Soper, a nova comissão "estava livre de muitos dos controles burocráticos da Divisão de Saúde Internacional" (Soper & Duffy, 1979: 273-274). Farley (2004) destaca que a Comissão de Saúde na Europa tornou-se, basicamente, uma sucursal europeia da DSI durante a Segunda Guerra Mundial e pôde se envolver em atividades que a organização matriz não tinha autorização para participar. Assim, o novo órgão estava livre para cooperar com a Cruz Vermelha e com as Forças Armadas dos Estados Unidos e dos países Aliados em atividades de emergência relacionadas à guerra.

O convite de Sawyer era para que Soper participasse de tais atividades, inclusive de uma das mais importantes delas: os primeiros testes de campo com o DDT (diclorodifeniltricloretano), um novo inseticida de ação residual. Sintetizado pela primeira vez em 1874, as propriedades inseticidas do DDT, contudo, só foram descobertas 65 anos mais tarde, em 1939, pelo químico suíço Paul Hermann Müller, o que lhe valeria o Prêmio Nobel de

Medicina no ano 1948.[209] Experimentos para avaliar as potencialidades do novo inseticida foram, então, realizados no Reino Unido e nos Estados Unidos nos anos 1942 e 1943. Descobriu-se que o DDT era extremamente eficiente contra um número considerável de insetos e que, pelo que pôde ser avaliado em um curto período de testes, parecia não ser prejudicial aos seres humanos, ao menos nas quantidades necessárias para as atividades de saúde pública. A principal virtude do DDT, se comparado com outros inseticidas, era que ele podia ser facilmente pulverizado e tinha efeitos residuais, ou seja, a sua capacidade de eliminar insetos permanecia ativa semanas ou até mesmo meses após a pulverização. O DDT também era eficaz na eliminação das larvas dos insetos e podia ser aplicado em poças e águas estagnadas. Diante das potencialidades do novo inseticida, em 1943 teve início a sua fabricação em larga escala para ser distribuído entre as forças armadas.[210] O DDT seria usado pela primeira vez contra o tifo no norte da África e na Itália, e, posteriormente, contra os vetores da malária nessas mesmas regiões, como parte das operações militares do exército norte-americano na região do Mediterrâneo.

## A Ida de Soper à Europa e o Combate ao Tifo em Nápoles (1943-1944)

Em 1941, ano em que os Estados Unidos entraram na Segunda Guerra Mundial, o tifo era epidêmico na Itália e no norte da África. Mais de 77 mil casos da doença tinham sido reportados nas áreas de influência francesa do continente africano e outros 23 mil casos no Egito, constituindo-se claramente na maior ameaça para as tropas aliadas na região (Farley, 2004). Embora o número de casos nessa época não fosse grande, se comparado com o da população total dessas regiões, os índices de mortalidade eram extremamente altos, o que levou os militares norte-americanos a temerem que o movimento de tropas e a situação de privação da população civil pudessem ocasionar severas epidemias da doença, tal como havia ocorrido durante e após a Primeira Guerra Mundial. Para tentar controlar a situação, em janeiro de 1942 as Forças Armadas dos Estados Unidos adotaram a vacina contra o tifo desenvolvida pelo bacteriologista norte-americano Herald Rea Cox. Entretanto, o acesso a inseticidas contra o piolho que transmitia a doença, como o piretro, por exemplo, que era fornecido pelo Japão, foi interrompido durante a guerra. O mesmo valia para a quinina,

utilizada no combate à malária, uma vez que os japoneses haviam impedido o acesso dos Aliados às plantações na ilha de Java, na Indonésia. Desse modo, havia a necessidade de se encontrar substitutos, e testes com novos inseticidas tinham que ser realizados com urgência (Stepan, 2011).

Nesse contexto, em dezembro de 1942 o presidente Franklin D. Roosevelt estabeleceu a Comissão de Tifo do Exército Norte-Americano (U.S. Army's Typhus Commission), com o objetivo de estudar e controlar a enfermidade. Em janeiro de 1943, então, dois meses após as tropas aliadas se estabelecerem na Argélia e no Marrocos, alguns membros da Comissão desembarcaram no Cairo com a intenção de testar a eficácia da vacina contra o tifo desenvolvida por Cox e dos novos inseticidas na população civil da região. Entre eles estava Soper, que havia sido convidado pelo próprio diretor da Comissão de Tifo, o almirante Charles Stephenson, para integrá-la como consultor da Secretaria da Guerra dos Estados Unidos. No exercício dessa função, ele teria de se ocupar dos problemas que ainda existiam concernentes à prevenção da enfermidade e colaborar com os governos locais, como já havia feito, durante tantos anos, nas Américas (Bayne-Jones, 1943).

Os métodos de prevenção do tifo utilizados nesse momento eram os mesmos que haviam sido empregados durante a Primeira Guerra Mundial e consistiam basicamente em procedimentos de despiolhamento. Além de complicados e caros, tais procedimentos eram também ineficazes, na medida em que, mesmo quando realizados de maneira satisfatória, tinham um caráter provisório, pois uma reinfestação podia ocorrer com facilidade. Embora nada soubesse sobre a enfermidade, Soper era um especialista no uso de inseticidas no controle de doenças, o que explica o seu ingresso na Comissão de Tifo. Ele acreditava que a maneira mais eficaz de prevenir uma epidemia da doença era através de um ataque químico direto contra o piolho. Soper também encarava a sua participação no combate ao tifo no norte da África e na Europa nos anos da Segunda Guerra Mundial como uma oportunidade de aplicar a filosofia de erradicação a uma doença diferente da malária e da febre amarela, em uma região geográfica distinta e em um novo contexto. Por isso, ele aceitou a proposta (Soper & Duffy, 1979).

A presença de Soper na Comissão de Tifo, no entanto, foi marcada por conflitos e divergências com os demais integrantes, em virtude de sua "teimosia" e do seu espírito "sempre armado". Afinal, a personalidade de Soper assemelhava-se a de um "comandante", muito mais afeito a dar ordens do que a obedecer.[211] O fato é que, como membro da Comissão,

Soper foi um dos primeiros especialistas em saúde pública a observar *in loco* a superioridade do DDT sobre todos os demais inseticidas então conhecidos. Observando a utilização do DDT em testes para a redução de piolhos entre a população civil, ele encontrou uma forma de modificar as bombas de pulverização de inseticidas de tal modo que as pessoas podiam ter os piolhos removidos de seu corpo sem que tivessem que tirar as suas roupas, o que era um aspecto muito importante para as mulheres muçulmanas de países como a Argélia e o Egito e em situações de emergência em qualquer outra parte do mundo (Soper & Duffy, 1979; Farley, 2004).

A importância dessa ideia ficou patente no inverno de 1943-1944, quando, como se temia, uma violenta epidemia de tifo explodiu em Nápoles, na Itália, onde a população vivia em péssimas condições, e a fome rondava com uma intensidade cada vez maior após anos de guerra. Diante da gravidade da situação, em dezembro de 1943 Soper foi enviado à região juntamente com um carregamento de DDT que estava destinado a uso militar. De acordo com dados fornecidos pelo próprio médico norte-americano, em um período de cinco meses, entre dezembro de 1943 e maio de 1944, cerca de 84 toneladas de DDT foram usadas para despiolhar 3.266.000 pessoas durante a epidemia (Soper *et al.*, 1947). Anos mais tarde, Soper recordaria que, na época, tinha sido dada pouca atenção aos potenciais riscos do DDT para os seres humanos e que os participantes da campanha não hesitaram em aplicar o inseticida sobre as roupas de cerca de três milhões de pessoas.[212]

Mesmo assim, ele reconheceu a importância da campanha contra o tifo em Nápoles:

> Nápoles foi um ponto crítico na história da luta do homem contra as doenças infecciosas. Nesta cidade, não só teve lugar a primeira demonstração do controle rápido de uma epidemia de tifo bem arraigada no começo do inverno, como também se aplicou, igualmente pela primeira vez, o DDT em larga escala, na forma de um inseticida de ação residual para a prevenção de uma enfermidade humana. (Soper & Duffy, 1979: 326)

A bem-sucedida campanha contra o tifo em Nápoles foi seguida imediatamente pelo primeiro uso em larga escala do DDT contra a malária, em uma campanha que contou novamente com a participação de Soper, trabalhando sob a direção de seu colega da Fundação Rockefeller, o médico Paul Russell, um especialista na doença servindo, então, no Corpo Médico do Exército Norte-Americano (U.S. Army Medical Corps). O contexto era

uma epidemia aguda da enfermidade que ocorreu durante a retirada das tropas alemães da Itália, diante do avanço dos Aliados, recém-chegados à região. Em seu livro sobre a história da malária na Itália, Snowden (2006) relata que, quando os alemães recuaram para o norte de Roma, no verão de 1944, eles sabotaram deliberadamente as bombas que haviam sido instaladas pelas autoridades italianas nas décadas anteriores para drenar os pântanos da região de Pontine e, assim, controlar a malária. O principal objetivo dos nazistas era causar inundações e, com isso, retardar o avanço das tropas britânicas e norte-americanas. Entretanto, o ato alemão também provocou uma crise de saúde pública, na medida em que criou condições propícias para a reprodução dos vetores da malária na região. Como consequência, uma grande epidemia da doença se abateu sobre a população civil. Snowden estima que tenham ocorrido cem mil casos da enfermidade em uma população de 245 mil pessoas.[213] Esse ressurgimento da malária na Itália interrompeu décadas de redução da incidência da doença no país.

Seguindo as recomendações de Russell e Soper, a Comissão de Controle dos Aliados (Allied Control Commission) decidiu pulverizar DDT por via aérea sobre uma grande área para reduzir os índices de contaminação por malária na população. A pulverização das casas também foi empregada. A urgência da malária sob as condições de guerra e a capacidade do DDT de matar rapidamente os mosquitos deixavam em segundo plano, uma vez mais, considerações referentes à segurança do inseticida. Snowden (2006) afirma que as consequências do DDT para a saúde dos seres humanos eram simplesmente desconhecidas na época. O fato é que os mosquitos começaram a desaparecer e, consequentemente, a transmissão da malária diminuiu. O sucesso da campanha com base no DDT em interromper a epidemia de malária teve como efeito imediato a conversão dos italianos ao que ficou conhecido como "método americano" de lidar com a doença pelo extermínio do mosquito. Depois da guerra, os italianos anunciaram o seu objetivo de eliminar a malária de todo o país.[214]

Como membro da Comissão de Tifo do Exército Norte-Americano, Soper foi o responsável pela implementação de importantes campanhas contra essa doença e a malária no norte da África e na Itália nos anos da Segunda Guerra Mundial. A campanha contra o tifo em Nápoles, na Itália, entre 1943 e 1944, inclusive, marcou a primeira aplicação bem-sucedida do DDT e de outros inseticidas de ação residual, que depois seriam utilizados também no ataque ao vetor da malária no Egito e na Sardenha. Nessas campanhas, Soper teve a oportunidade de testar a sua filosofia

erradicacionista em diferentes enfermidades e localidades do planeta. Desse modo, mesmo distante do continente americano, a experiência de Soper na Europa foi importante para a posterior proposição da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*.

Tais campanhas, que serão analisadas em mais detalhes no capítulo 4, foram fundamentais para a reabilitação do conceito de erradicação e para sua posterior aplicação em campanhas sanitárias no pós-Segunda Guerra Mundial.

# 4

# Da América do Sul aos Campos de Batalha na Europa:

## novas campanhas, novas instituições e a reabilitação do conceito de erradicação

A descoberta da febre amarela silvestre no Vale do Canaã em 1932, a eliminação do mosquito *Aedes aegypti* de uma localidade pela primeira vez em 1933 e a bem-sucedida campanha de combate ao *Anopheles gambiae* do Nordeste brasileiro no fim da década de 1930 consolidaram em Soper a crença na erradicação das doenças, sobretudo aquelas transmitidas por vetores, como a febre amarela e a malária. Na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1942, como vimos, ele havia tentado, em conjunto com o ministro da Saúde da Bolívia Abelardo Ibañez Benavento, comprometer as repúblicas americanas com uma campanha para erradicar *Aedes aegypti* do continente. O seu plano, no entanto, não prosperou e os delegados presentes à Conferência aprovaram apenas uma recomendação para que os países da região organizassem serviços voltados para a erradicação do vetor da febre amarela, com base nas atividades que já estavam sendo desenvolvidas no Brasil, na Bolívia e no Peru. Embora a cooperação sanitária interamericana estivesse intensificando-se, a erradicação dos vetores como ferramenta para a eliminação de doenças como a febre amarela e a malária ainda não gozava de prestígio suficiente nos meios médico e sanitário; situação, contudo, que se alteraria em pouco tempo.

Nos anos da Segunda Guerra Mundial, Soper foi enviado para o norte da África, como membro da Comissão de Tifo do Exército Norte-Americano.

Na região, ele participou de importantes campanhas contra a doença e também contra a malária, empreendidas no Egito e na Itália. Após o sucesso obtido no combate ao *Anopheles gambiae* no Nordeste brasileiro na década de 1930, tais campanhas representaram a primeira tentativa de aplicação do que Soper considerava a sua "filosofia de erradicação dos vetores" fora do continente americano.

Neste capítulo analisam-se essas campanhas, relacionando-as com a reabilitação do conceito de erradicação e a consolidação da posição de Soper como uma das principais lideranças do campo da saúde pública mundial. Para tanto, examinarei, em um primeiro momento, a campanha contra *Anopheles gambiae* no Egito, comandada por Soper nos anos da Segunda Guerra Mundial, com base nos métodos e estratégias que já haviam sido utilizados com sucesso no Nordeste brasileiro contra a mesma espécie. Em seguida, o foco recai sobre a Sardenha, na Itália, onde uma nova campanha contra a malária baseada na erradicação do seu vetor, também liderada por Soper e contando, dessa vez, com o emprego do DDT, se constituiria em um teste definitivo sobre a viabilidade da implementação de programas de saúde pública baseados nesse conceito. Tais campanhas se desenrolaram em meio a um cenário marcado por um crescente envolvimento do governo norte-americano no campo sanitário internacional. A área da saúde ganharia um destaque cada vez maior na política externa de Washington, sobretudo em relação às Américas, o que se refletiu na criação de novas agências, que discutirei na última seção deste capítulo.

## A Segunda Guerra contra o *Anopheles gambiae*: Egito (1943-1945)

Em janeiro de 1943, apenas seis meses depois de concluir com êxito o programa de erradicação de *Anopheles gambiae* do Nordeste do Brasil, Soper desembarcou no Cairo na condição de Consultor da Secretaria da Guerra dos Estados Unidos e membro da Comissão de Tifo do Exército Norte-Americano. Sua atenção rapidamente se voltou para a notícia de que o mosquito *Anopheles gambiae* tinha aparentemente invadido o Egito no ano anterior, causando uma epidemia devastadora de malária provocada por *Plasmodium falciparum* na província de Assuã, localizada no Vale do Alto Nilo, em uma região próxima à fronteira com o Sudão. Pesquisas foram realizadas, indicando a existência do vetor em regiões distantes apenas 200 km do Cairo. A gravidade da epidemia levou o governo egípcio a destinar cerca

de um milhão de dólares para o seu combate no ano de 1943, uma quantia que poderia aumentar, caso fosse necessário. Esses recursos foram usados na prestação de socorro e na compra de alimentos para a população das áreas atingidas.[215]

Em seu livro de memórias, Soper escreveu que "parecia providencial o fato de que uma pessoa que acabara de participar da erradicação daquele anofelino no Brasil chegara uns meses antes de começar o segundo ano de epidemia no Egito". Poucos dias depois de desembarcar no país, então, na companhia do almirante Charles S. Stephenson, diretor da Comissão de Tifo, e do coronel Crawford F. Sams, cirurgião do exército dos Estados Unidos no Oriente Médio, Soper teve uma audiência com o subsecretário de Estado de Saúde do Egito, o médico Aly Tewfik Shousha Bey, na qual conversaram sobre a questão da malária. Com a experiência adquirida no Brasil, ele defendeu que o problema da doença no Egito poderia ser resolvido por meio da adoção de duas medidas: a organização urgente de uma campanha para a erradicação do *Anopheles gambiae* dotada de amplos poderes, antes que o mosquito se expandisse por todo o país, e a importação dos inseticidas necessários, no caso o verde-paris e o piretro. Em nome do governo egípcio, Shousha Bey respondeu que não havia problema algum quanto à autoridade necessária para a implementação da campanha, já que a lei marcial estava em vigência no país. Com relação aos inseticidas, o coronel Sams colocou à disposição da campanha todo o verde-paris que o exército norte-americano possuía no Egito. A sugestão de Soper para a adoção do programa de erradicação no país, como ele próprio afirma, pressupunha um convite para que a Fundação Rockefeller participasse da campanha, tal como havia sido feito no Brasil (Soper & Duffy, 1979).[216]

Em 14 de janeiro de 1943, então, logo depois da audiência com o subsecretário de Saúde do Egito, Soper percorreu por quatro dias a zona infestada pelo *Anopheles gambiae*, tendo a oportunidade de observar *in loco* os efeitos devastadores da epidemia de malária sobre a população do Vale do Alto Nilo. Nessa viagem, ele contou com a companhia do então jovem médico e entomólogo egípcio Mohyed A. Farid, que posteriormente faria carreira internacional como malariologista. Para dirimir quaisquer dúvidas sobre uma ingerência indevida dos Estados Unidos nos assuntos egípcios/britânicos, Soper foi destituído temporariamente de suas funções na Comissão de Tifo. Ainda antes de viajar, ele discutiu a situação com as autoridades do Real Corpo Médico do Exército Britânico, insistindo que, nas condições existentes então no Egito, o *Anopheles gambiae* era a

espécie de anofelino mais vulnerável a um ataque com o verde-paris e que uma campanha bem organizada contra o vetor da malária poderia trazer resultados rápidos. Ele descreveu as atividades que havia empreendido no Brasil, oferecendo aos diretores do programa de erradicação no Egito, inclusive, o "Manual de operações do serviço de malária do Nordeste do Brasil",[217] que mandou vir de Nova York, assim como o livro escrito por ele e por Bruce Wilson, intitulado *Anopheles gambiae in Brazil, 1930 a 1940*, que estava no prelo (Soper & Wilson, 1943).[218] Soper sugeriu também que a erradicação se estendesse à região do Sudão anglo-egípcio, de onde poderia originar-se facilmente uma reinfestação do país, tarefa que acabou sendo empreendida posteriormente.[219] As conversações, contudo, não surtiram o efeito desejado e ele observou em seu diário que deixou o encontro com as autoridades britânicas com a impressão de que estas o consideravam "um indivíduo perigoso".[220]

Na região infestada de *Anopheles gambiae*, Soper constatou que haviam muitos aspectos similares com a infestação do Brasil pelo mesmo inseto alguns anos antes. A introdução do vetor em áreas onde a malária não tinha sido diagnosticada anteriormente havia dado origem a epidemias extremamente letais da doença em ambos os países. Uma elevada taxa de mortalidade, bem como a estagnação das atividades econômicas nas áreas afetadas também foram verificadas tanto no Brasil quanto no Egito. Nos dois países, as epidemias também tiveram um caráter sazonal – no Brasil em virtude da natureza das chuvas, e no Egito em razão das cheias anuais do Nilo –, seguidas pelas baixas temperaturas do inverno. O registro do número de mortos e de pessoas infectadas pela doença durante os períodos epidêmicos também foi bastante deficiente nos dois casos. Soper relata em seu diário um episódio que ilustra bem essa situação. Designado para prestar serviço em uma *marka* (nome pelo qual eram conhecidos os distritos no Egito) com mais de cem aldeias, onde só haviam sido notificados oficialmente seis casos de malária, Farid detectou, em apenas uma delas, 154 casos febris entre os seus 800 habitantes. Em outra, a lista de enterros contabilizava 72 nomes em uma população de apenas 180 habitantes. Em outras regiões, a proporção de enfermos chegava a ser de até 50% da população.[221]

O próprio Soper reconheceu posteriormente que, durante a viagem com Farid, as suas atenções voltaram-se mais para as condições que afetavam os criadouros do *Anopheles gambiae* do que para a epidemia propriamente dita. Ele concluiu, então, que a erradicação seria mais fácil no Egito do que havia sido no Brasil, em virtude da facilidade de acesso aos criadouros

do mosquito para a colocação do verde-paris, do tamanho relativamente pequeno da zona infestada e das reduzidas possibilidades de expansão do vetor para outras áreas. Seu entusiasmo era grande: "Não encontrei no Egito nenhum problema que não houvesse se apresentado e sido resolvido no Brasil, e tinha a certeza de que o vetor poderia ser erradicado no prazo de um ano" (Soper & Duffy, 1979: 252).

Tal confiança o levou a escrever uma carta ao subsecretário Shousha Bey, com cópia para o embaixador norte-americano no Egito, assim que retornou da expedição. Nela, Soper expressava o seu temor diante da ameaça de uma invasão do Cairo e de toda a densamente povoada região do Delta do Nilo pelo *Anopheles gambiae* se não fossem tomadas medidas apropriadas para a sua erradicação. O Brasil foi mencionado novamente como o país onde as autoridades sanitárias haviam tomado a iniciativa e adotado medidas simples que permitiram alcançar esse objetivo. Nesse sentido, ele advertiu os responsáveis pela saúde pública no Egito que seria um "grande erro" empreender um programa de erradicação no país sem contar com a experiência dos dirigentes da campanha no Brasil, na medida em que *Anopheles gambiae* poderia ser erradicado do Nilo mediante o uso do verde-paris e do piretro, seguindo o mesmo método que havia sido implementado por ele e sua equipe naquele país. Ele sugeriu ainda que a Divisão de Saúde Internacional (DSI) da Fundação Rockefeller fosse convidada para participar da campanha. O plano de Soper para o combate à malária no Egito fica claro no trecho abaixo:

> A erradicação total da espécie neste país não será fácil, mas é absolutamente possível mediante a aplicação minuciosa, em toda a zona infestada, de medidas já conhecidas e de comprovada eficiência.
>
> O problema da malária transmitida pelo *A. gambiae* no Egito é tão grave e as medidas a serem empreendidas para resolvê-lo tão distintas daquelas de um programa antimalárico habitual, que devo recomendar (...) que se organize um serviço especial de luta contra o vetor o mais rápido possível e que o propósito e a função especificadas para este serviço não seja o estudo e luta contra a malária, mesmo a transmitida por aquele mosquito, mas sim a erradicação (não a redução) do *A. gambiae* no Egito.[222]

O serviço proposto por Soper deveria constituir-se em uma unidade independente do Ministério da Saúde Pública e gozar de considerável autonomia administrativa, nos moldes do Serviço Cooperativo de Febre Amarela (SCFA) e do Serviço de Malária do Nordeste (SMNE), ambos

organizados conjuntamente pela Fundação Rockefeller e o governo brasileiro nos anos 1930 e colocados sob a sua direção. O seu informe mereceu a atenção de autoridades diplomáticas e sanitárias do Reino Unido e dos Estados Unidos, bem como do ministro da Saúde Pública do Egito dr. Abdel Wahed El Wakil que, no entanto, não autorizou o convite para que a Fundação Rockefeller participasse do programa.[223] Para Soper, a ideia de convidar a Fundação Rockefeller para colaborar na erradicação de *Anopheles gambiae* não era aceitável para as autoridades britânicas e egípcias porque não estavam familiarizadas com o trabalho realizado pela organização filantrópica norte-americana no Brasil. Além disso, os britânicos não compartilhavam da ideia de que o mosquito era um invasor recente do Egito e nem que o vetor pudesse ser erradicado com facilidade, ao passo que os egípcios, embora aceitassem o conceito de erradicação, tinham decidido realizar a tarefa por conta própria (Soper & Duffy, 1979).

A situação, no entanto, era mais complexa. A presença de *Anopheles gambiae* no Egito era um problema não apenas de saúde pública, como também econômico e político. Em 1942, o norte da África havia se tornado um importante teatro de operações da Segunda Guerra Mundial e o Egito era um lugar estratégico para as atividades bélicas dos aliados, a ponto de tanto o Reino Unido quanto os Estados Unidos terem bases militares no país. Os norte-americanos, contudo, reconheciam o Egito como zona de influência britânica e negociavam com os ingleses todos os projetos que tinham a intenção de implementar no país. Nesse contexto, como o próprio Soper reconheceu, "nenhum programa de erradicação no país seria implementado se não contasse com o apoio não apenas das autoridades sanitárias egípcias, como também dos diplomatas e altos chefes militares do Reino Unido e dos Estados Unidos" (Soper & Duffy, 1979: 249).

As divergências entre egípcios e britânicos, no entanto, se intensificaram depois que o governo do Egito sugeriu que a invasão do *Anopheles gambiae* era uma consequência das atividades militares britânicas no Vale do Alto Nilo. De acordo com Farley (2004: 141), a ideia defendida por Soper de que a epidemia de malária no Vale do Nilo era "uma experiência inteiramente nova na região" tornou plausível essa acusação, colocando-o em um "campo minado", marcado por antagonismos entre o rei Farouk I, o governo egípcio e as autoridades britânicas.[224] Os ingleses negaram a acusação, recusando-se a aceitar qualquer responsabilidade pela invasão. Eles argumentavam que o mosquito *Anopheles gambiae* sempre esteve presente na região, mas nunca havia penetrado no norte do país e era improvável

que o fizesse. Nesse sentido, a epidemia de 1942 foi um acontecimento incomum, motivado pelo aumento extraordinário das cheias do rio Nilo verificadas naquele ano. Além de fortalecer as acusações do governo egípcio, o informe de Soper ao subsecretário de Saúde também intensificou a suspeita britânica de que os norte-americanos estavam interferindo em uma área de influência do Reino Unido (Farley, 2004). Como consequência, rejeitaram o plano de Soper com o argumento de que ele era inviável e desnecessário. No lugar da erradicação, os britânicos propuseram, então, que se estabelecesse uma zona de barreira em alguma região na bacia do Nilo, acima do Cairo, para impedir que o mosquito avançasse até a capital e o delta do rio (Soper & Duffy, 1979).

Stepan (2011) também destaca o viés político das divergências sobre a melhor maneira de combater a malária no Egito. Em sua opinião, a suposição de Soper de que ele detinha um conhecimento superior irritou as autoridades militares britânicas que eram aquelas que, de fato, comandavam o país. Os médicos britânicos envolvidos no controle da malária, por sua vez, também estavam desconfiados da intromissão dos Estados Unidos em uma situação política delicada e reclamavam da "personalidade intransigente de Soper" (Gallagher, 1990: 30). Posteriormente, Soper defenderia a atitude das autoridades britânicas, reconhecendo que as devastadoras epidemias de malária com as quais elas já estavam familiarizadas na Índia, em Punjab e no Ceilão (atual Sri Lanka) não estavam relacionadas à chegada de *Anopheles gambiae* ou quaisquer outros novos vetores a essas regiões, mas sim a um aumento considerável na densidade dos vetores que já eram comuns em cada uma delas, em virtude de condições climáticas anormais. Em uma rara autocrítica, ele afirmou que foi capaz de convencer os egípcios de que *Anopheles gambiae* havia chegado ao país recentemente e que, por isso, a erradicação da espécie era uma boa solução para o problema. Contudo – prossegue Soper – ele a apresentou "como uma tarefa tão fácil, que a ajuda externa parecia desnecessária" (Soper & Duffy, 1979: 250).

Lorde Killearn, o embaixador do Reino Unido no Egito, no entanto, procurando evitar críticas ao governo de seu país, aconselhou o primeiro-ministro egípcio Nahas Paxá a procurar os especialistas da Fundação Rockefeller que tinham experiência no ataque a *Anopheles gambiae*. Sua recomendação foi feita logo após tomar conhecimento que o embaixador norte-americano – influenciado por Soper – tinha enviado uma carta "excessivamente alarmista" a Paxá. Certamente, por tal motivo, Soper não figurava dentre os especialistas da Fundação Rockefeller que Killearn

recomendou que fossem consultados. Ele chegou até mesmo a afirmar que os britânicos ficariam felizes com a chegada dos norte-americanos ao país, mas que a cooperação entre ambos seria prejudicada pela personalidade intransigente de Soper. Os egípcios, por sua vez, com uma longa história de exploração e interferência de potências estrangeiras, não queriam nem a cooperação norte-americana nem a inglesa (Farley, 2004).

Relatos de que a campanha contra a malária não estava sendo bem-conduzida pelos egípcios, no entanto, avolumavam-se entre médicos britânicos e norte-americanos, de modo que eles não receberam com surpresa a notícia de que sérias epidemias da doença estavam eclodindo em diversas cidades do país, gerando um grande número de mortos e consequências sociais e econômicas desastrosas. Desse modo, assim como no Brasil nos anos 1930, as dúvidas do governo sobre a necessidade de iniciar um programa de erradicação de *Anopheles gambiae* acabaram levando à epidemia de 1937-1938, no Egito a recusa das autoridades em adotar um programa de erradicação gerou uma nova e ainda mais devastadora epidemia de malária na região do Nilo em 1943, causando sensíveis perdas econômicas e escassez de alimentos em consequência da destruição das colheitas. Gallagher (1990) estima que aproximadamente cem mil pessoas tenham morrido durante essa epidemia. Farid, por sua vez, que acompanhou Soper em suas atividades pelo país e, posteriormente, atuaria na campanha da OMS contra a malária, menciona mais de 180 mil mortos no Alto Egito nos anos de 1942 e 1943 (Farid *et al.*, 1980).

Em fevereiro de 1944, o primeiro-ministro do Egito, Nahas Paxá, finalmente reconheceu a gravidade da situação em um discurso de quatro horas e meia na Câmara dos Deputados. Seu governo havia perdido a dianteira nas atividades de combate à malária. Desde o mês anterior, quando notícias da epidemia chegaram ao Cairo, duas organizações voluntárias de mulheres, com estreitas ligações com a Coroa – a Sociedade Mohammed Ali el-Kebir e o Crescente Vermelho – estavam prestando ajuda e distribuindo remédios, alimentos e roupas para a população das áreas atingidas. As duas organizações acusavam o governo de ter sido negligente em sua resposta à situação. Suas ações deram ao rei Farouk I uma grande oportunidade de aumentar a sua popularidade. No começo de fevereiro, o monarca deixou o Cairo em um trem especial para passar o seu aniversário entre as pessoas atingidas pela doença no Vale do Alto Nilo. Na região, ao mesmo tempo que fazia doações vultosas, Farouk I estimulava as críticas ao governo. Nos tumultuados meses subsequentes, todos os lados usaram a população

atingida no jogo político procurando ganhar o apoio da opinião pública. O governo acabaria capitulando. Em abril de 1944, as autoridades egípcias convidaram a DSI da Fundação Rockefeller a participar da campanha contra a malária no país (Soper & Duffy, 1979; Farley, 2004).

Soper, que havia saído do Egito em direção à Argélia em junho de 1943, antes, portanto, da eclosão da epidemia, encontrava-se naquela altura na Itália, envolvido nas atividades de combate ao tifo. Em abril de 1944, ele foi informado por Sawyer, diretor da DSI, que as autoridades britânicas e egípcias finalmente aceitaram a sua sugestão para a implementação de uma campanha de erradicação do *Anopheles gambiae,* a ser desenvolvida com o apoio e sob a direção da Fundação Rockefeller, e que haviam solicitado também o envio de um especialista para prestar assessoria. No mês seguinte, então, Soper retornou ao Cairo para realizar investigações preliminares sobre o problema do *Anopheles gambiae* na região e preparar a colaboração da Fundação Rockefeller em um programa de erradicação no país. Ele constatou que "a epidemia de 1943 havia sido (...) uma tragédia nacional a ponto de a enfermidade ter-se convertido em uma questão política, que poderia ter provocado a derrubada do governo se este não tivesse contado com o firme apoio das forças britânicas" (Soper & Duffy, 1979: 255). O relatório de Soper para o ministro da Saúde Pública trouxe a previsível recomendação de que um serviço especial anti-*Anopheles gambiae* deveria ser criado com a meta de eliminar o mosquito do Egito. Com o cuidado de não criticar publicamente as autoridades sanitárias do país, ele deixou claro que, a menos que tal ação fosse tomada, uma severa epidemia de malária irromperia ainda em 1944.[225]

O governo egípcio aceitou rapidamente a recomendação de Soper e, em 30 de maio de 1944, foi assinado o acordo entre o Ministério da Saúde do Egito e a Fundação Rockefeller. O acordo estabelecia que o Ministério arcaria com todos os custos da campanha, com exceção dos salários dos funcionários da organização. A campanha foi organizada à maneira clássica da Fundação Rockefeller. Em julho de 1944, foi criado um Serviço de Erradicação do *Anopheles gambiae* quando, segundo Soper, "ficou demonstrada a possibilidade de transferir e aplicar diretamente as técnicas brasileiras no Egito, com os mesmos resultados satisfatórios" (Soper & Duffy, 1979: 253). Embora alocado na estrutura do Ministério da Saúde egípcio, o novo Serviço tinha autonomia administrativa, sendo independente até mesmo do previamente existente Serviço de Tratamento contra o *Anopheles gambiae*, também vinculado ao Ministério.

O Serviço de Erradicação se baseou no planejamento cuidadoso que Soper havia desenvolvido na sua prévia campanha no Brasil, tais como mapas detalhados das áreas onde a doença havia sido reportada e a localização das casas, introdução do uso de registros para as operações, inspeção sistemática do trabalho dos inspetores e a aplicação em larga escala do verde-paris.[226] A essência da operação foi a mesma daquela implementada no Brasil alguns anos antes: "uma disciplina militar baseada em um sistema de punições e recompensas" (Farid *et al.*, 1980: 10). À parte da pequena equipe de funcionários da Fundação Rockefeller, todo o trabalho foi realizado por trabalhadores egípcios, apesar da desconfiança dos britânicos.[227] Assim como ocorrera no Brasil, o tratamento das vítimas da malária não era de responsabilidade do Serviço de Erradicação do *Anopheles gambiae*, ficando a cargo do Ministério da Saúde do Egito. Soper destaca a importância da organização minuciosa das atividades para o sucesso da campanha, oferecendo-nos uma síntese de como pensava as campanhas de erradicação de vetores:

> Os egípcios, como os brasileiros, estiveram à altura de sua missão; o serviço se desenvolveu com moral elevado e o trabalho foi realizado de forma exemplar e em um tempo reduzido. Contribuiu para o êxito da campanha uma definição clara do trabalho que iria ser realizado, a determinação da responsabilidade de cada indivíduo, a manutenção de registros minuciosos, a repetida verificação dos resultados, o reconhecimento dos méritos pessoais e uma administração justa e imparcial. (Soper & Duffy, 1979: 264)

A campanha contra o *Anopheles gambiae* implementada no Nordeste do Brasil era o modelo a ser seguido, tanto que o rei Farouk I consultou Soper sobre a possibilidade de obter um funcionário brasileiro para dirigir a campanha. Considerando a situação política do país em 1943, Soper respondeu que a colaboração da Fundação Rockefeller podia basear-se na seleção, por parte do governo egípcio, de um diretor norte-americano, britânico ou brasileiro. Ele havia pensado em si próprio como o norte-americano, em Bruce Wilson como o britânico e em Paulo Antunes ou Oswaldo da Silva como os candidatos brasileiros ao cargo. A escolha de Antunes se justificava pelo fato dele ter sido o diretor assistente encarregado das operações do SMNE e de ter elaborado, com a colaboração de Silva, o "Manual de operações" que estava sendo utilizado no Egito desde o ano anterior.[228] Ambos eram, portanto, capazes de aplicar no país o modelo organizacional que havia sido empregado com sucesso no Brasil.

Paralelamente às conversas entre Soper e o rei Farouk I, no entanto, o governo egípcio solicitou diretamente ao governo brasileiro a recomendação de um nome para dirigir o programa de erradicação de *Anopheles gambiae* no país. O médico Manoel J. Ferreira, que também havia sido subdiretor do Serviço de Malária do Nordeste, encarregado do treinamento do pessoal, foi o nome indicado (Soper & Duffy, 1979).

A questão de quem deveria ser o diretor do programa de erradicação de *Anopheles gambiae* no Egito era delicada em tempos de guerra, especialmente porque o ministro da Saúde Pública desejava que o acordo com a Fundação Rockefeller entrasse em vigor imediatamente. Isso inviabilizava, por exemplo, a escolha de Soper, que estava envolvido com os programas contra o tifo e a malária na Itália. Bruce Wilson e Paulo Antunes também não poderiam assumir a função, pois eram funcionários da DSI e não foram liberados de suas atividades por Sawyer. Diante do impasse, Soper escolheu, então, J. Austin Kerr, veterano das campanhas da Fundação Rockefeller contra a febre amarela e a malária no Brasil, onde atuou de 1926 a 1943, para dirigir o Serviço de Erradicação do *Anopheles gambiae* no Egito, e Stuart S. Stevenson, recém-integrado à Fundação Rockefeller, como seu auxiliar. Em outubro de 1944, Bruce Wilson, que também já havia trabalhado sob a direção de Soper no Brasil nas campanhas contra a febre amarela e a malária, tendo sido diretor assistente do SCFA e do SMNE, foi liberado pela direção da DSI para se incorporar à campanha, ficando responsável pelas operações de campo. Os malariologistas egípcios Madwar e Farid continuaram prestando serviços ao projeto. Soper, por sua vez, coordenaria os trabalhos como "consultor em chefe" a partir da Itália, onde permaneceu durante a maior parte da campanha no Egito (Soper & Duffy, 1979).

Como podemos observar, não apenas o modelo organizacional utilizado previamente no Brasil estava sendo implantado no Egito, como também estavam sendo destacados para aquele país os mesmos funcionários que haviam participado da bem-sucedida campanha de erradicação de *Anopheles gambiae* no Nordeste brasileiro nos anos 1930. A solicitação por parte do governo egípcio de um especialista da Fundação Rockefeller para prestar consultoria à campanha e a própria sugestão do rei Farouk I, endossada por Soper, de que um profissional brasileiro dirigisse o programa de erradicação de *Anopheles gambiae* no Egito evidencia o prestígio que os médicos e sanitaristas brasileiros gozavam naquele momento.

Como consequência da aplicação de grandes quantidades do verde-paris, complementado por outros inseticidas como o piretro, em fevereiro

de 1945 foi encontrado o último exemplar adulto do mosquito. As operações de erradicação, contudo, prosseguiriam por mais seis meses.[229] Nenhum *Anopheles gambiae* foi encontrado nesse período, fato que Kerr comemorou ao afirmar que "tais fatos justificam a conclusão de que o mosquito *Anopheles gambiae* foi completamente erradicado de todas as partes do Alto Egito".[230] Soper, obviamente, não teve nenhuma dúvida quanto ao sucesso da campanha, afirmando que a história de *Anopheles gambiae* no Egito teve um final feliz, pois "este invasor foi aniquilado – completamente erradicado" (Soper & Duffy, 1979: 268). Como resultado, no fim de novembro, o mosquito foi declarado erradicado do Egito. Nesse mesmo mês, o Serviço de Erradicação do *Anopheles gambiae* teve as suas atividades encerradas e foi extinto.[231] Por ocasião da erradicação do vetor da malária e da celebração oficial da vitória sobre o mosquito, em 4 de janeiro de 1946 um banquete foi oferecido pelo ministro da Saúde Pública egípcio H. Ibrahim Abdel Hadi Pasha. Durante o evento, Soper e Kerr foram agraciados com uma medalha comemorativa da erradicação, na qual estavam estampados a figura do rei Farouk I de um lado e o mapa do Egito com a representação de *Anopheles gambiae* de outro.[232] Algumas décadas mais tarde, Soper escreveria sobre este momento: "Poucas vezes se rendeu um tributo oficial e público a um programa de saúde como o que recebeu no Egito a erradicação deste mosquito" (Soper & Duffy, 1979: 269).[233]

As palavras de Soper evidenciam a importância que teve o programa de erradicação de *Anopheles gambiae* no Egito não apenas para livrar – ao menos temporariamente – a população do país do flagelo da malária como também para a confirmação de sua filosofia de erradicação. Pela segunda vez o vetor de uma doença era erradicado de uma determinada região geográfica através da aplicação das mesmas técnicas e do mesmo modelo organizacional que haviam sido empregados anteriormente na campanha desenvolvida no Nordeste do Brasil nos anos 1930.

Stepan (2011) argumenta que, na visão de Soper, os mosquitos e a malária eram uma mesma entidade, de modo que ele entendia que erradicar o vetor era a melhor maneira de eliminar a doença. Assim, da mesma forma como havia feito no Brasil anteriormente, ele negligenciou os muitos outros fatores responsáveis pelo surgimento de epidemias da doença no Egito, sobretudo aqueles causados pela própria eclosão da Segunda Guerra Mundial sobre a economia e a população egípcias, tais como o deslocamento de tropas, a chegada de pessoas não imunes à doença na região, más colheitas e a consequente escassez de alimentos. Por outro

lado, Soper teria superestimado a facilidade com que, em circunstâncias menos urgentes ou em um contexto de paz, a malária podia ser combatida. Stepan (2011) pondera, no entanto, que, dadas as circunstâncias da guerra e a devastação que a malária já havia causado aos egípcios, Soper talvez tenha considerado, de maneira até compreensível, o sucesso da campanha de erradicação do mosquito no Alto Egito como outro sinal da eficácia de sua filosofia erradicacionista. Essa visão, no entanto, não era compartilhada por outros especialistas da Fundação Rockefeller que participaram do programa.[234]

Farley (2004) destaca que, após a bem-sucedida campanha egípcia, Soper aspirava que a sua teoria da erradicação das espécies fosse submetida a um teste definitivo, ideia que era compartilhada por Sawyer. Tal anseio era compreensível na medida em que os seus críticos alegavam que o sucesso alcançado na erradicação de *Anopheles gambiae* tanto do Brasil quanto do Egito devia-se ao fato do inseto ser um invasor recente e temporário nesses países, não totalmente adaptado ao seu novo ambiente e, portanto, suscetível ao ataque. Desse modo, para conseguir com que sua teoria fosse aceita sem contestações, Soper tinha que escolher uma bem integrada espécie nativa e erradicá-la. O lugar escolhido foi a região da Sardenha, na Itália.[235]

## Um Teste Definitivo para a Erradicação: o "experimento" da Sardenha (1945-1950)

Em 1945, a região da Sardenha, no sul da Itália, foi escolhida como campo de testes para uma nova tentativa de erradicação, desta vez de uma espécie nativa de mosquito: *Anopheles labranchiae*, principal vetor da malária no país. Nesse ano, Soper, aconselhado pelo malariologista Alberto Missiroli, que havia trabalhado com Lewis W. Hackett na Itália, nos anos 1920, convenceu o coronel Dudley Reekie, chefe da Seção Médica da Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas (United Nations Relief and Rehabilition Administration – UNRRA), que a região era um lugar perfeito para o emprego de métodos antilarvas, pois tinha poucas áreas pantanosas, escassez de chuvas e os criadouros de *Anopheles labranchiae* eram restritos às águas salobras próximas da costa.[236] A UNRRA parecia ser mesmo a agência ideal para patrocinar um programa de erradicação. Criada em 1943 com o objetivo de atender ao grande número de emergências humanitárias e de saúde pública surgidas na Europa nos

anos finais da Segunda Guerra Mundial, a organização dispunha de 168 milhões de dólares para serem empregados em atividades médicas na região. Além disso, desde 1944 a UNRRA era dirigida por Sawyer, que havia deixado o seu cargo de diretor da DSI da Fundação Rockefeller para assumir a direção da nova organização.[237]

A presença de Sawyer certamente contribuiu para que, em outubro de 1945, a DSI aceitasse cooperar com a UNRRA e o governo italiano no programa de erradicação de *Anopheles labranchiae* da Sardenha que, de acordo com Farley (2004: 144), foi "a maior tentativa já feita de erradicar uma espécie nativa de anofelino". O historiador argumenta que o acordo foi uma decisão curiosa, na medida em que o DDT era capaz de interromper a cadeia de transmissão da malária, sem que fosse necessário empregar os vultosos recursos que a erradicação do vetor exigia. Sobre esse ponto, Hackett escreveria alguns anos depois: "o DDT forneceu uma chave mestra para todos os diferentes problemas e parecia tornar a quinina, as telas e os larvicidas obsoletos de uma vez".[238] Seguindo o mesmo raciocínio, o novo inseticida não teria tornado a erradicação das espécies também uma teoria obsoleta? Soper admitiu que sim em carta endereçada a George Strode – que havia assumido a direção da DSI em 1944, no lugar de Sawyer – na qual afirmou: "O uso do DDT como um pulverizador doméstico é a resposta às orações dos trabalhadores da saúde (...) de modo que a malária podia ser controlada agora através de uma única pulverização, independente de outros métodos".[239] Interessante destacarmos a retórica religiosa utilizada por Soper. Ele considerava a si próprio como "o profeta da erradicação" e concebia o DDT como uma resposta de Deus às orações dos sanitaristas. O *otimismo sanitário* vigente durante a Segunda Guerra Mundial e no pós-guerra tinha uma dimensão religiosa.

Nem todos os especialistas da Fundação Rockefeller, contudo, compartilhavam do entusiasmo de Soper acerca da erradicação. Kerr, por exemplo, que na época estava concluindo o seu relatório sobre a erradicação de *Anopheles gambiae* no Egito, acreditava que o fato do mosquito ter sido eliminado do Brasil e do Egito não significava que o mesmo objetivo poderia ser alcançado em outras regiões. Com relação à viabilidade da erradicação do vetor da malária na Sardenha, ele argumentava que, além dos altos custos envolvidos em tal empreendimento, também havia o perigo nada desprezível de uma reinfestação através da estreita passagem que separava a região da Córsega. Em carta enviada a Strode, ele argumentou que, "apenas se for demostrado conclusivamente que uma disseminação de longa distância

de *Anopheles* não ocorreu ao longo de um período de anos, a erradicação poderia ser tentada". Kerr também tinha consciência de que a descoberta do DDT havia alterado inteiramente a situação. Em sua opinião, os efeitos residuais do novo inseticida poderiam tornar o controle da doença tão barato, "que a erradicação de *Anopheles* não era o melhor método para o controle da malária".[240]

As ressalvas do experiente funcionário da DSI, no entanto, não impediram que o governo italiano estabelecesse, em abril de 1946, a Agência Regional para a Luta Antianofélica na Sardenha (Ente Regionalle per la Lotta Antianofelica in Sardegna – ERLAAS), supervisionada pelo Alto Comissariado Italiano para a Higiene e a Saúde Pública e financiada pela UNRRA com o montante de trezentos milhões de liras italianas. Surpreendentemente, Kerr foi nomeado diretor de campo da nova agência, cujo objetivo oficial era erradicar o *Anopheles labranchiae,* vetor da malária da região.[241]

O programa de erradicação da Sardenha seguiu o modelo que havia sido adotado previamente nas campanhas contra *Anopheles gambiae* no Brasil e no Egito. O planejamento inicial da campanha previa a pulverização das habitações da região com o DDT nos meses de outono e inverno e a aplicação do verde-paris nos criadouros do mosquito na primavera. O programa, no entanto, seria marcado por uma série de problemas desde o início. Já no começo de 1946, Soper recebeu a informação de que a UNRRA ainda não havia requisitado o verde-paris necessário para o início das atividades e que a organização "simplesmente não havia sido ainda orientada para lidar com as suas responsabilidades".[242] Além disso, um terço dos veículos disponibilizados pelo governo italiano para o programa foi inutilizado por acidentes ainda na primeira semana de atividades. O DDT também se tornaria um problema. Uma parte do carregamento destinado à segunda fase da campanha foi roubada ainda no cais. O governo italiano, por sua vez, se apropriava constantemente do inseticida destinado à Sardenha para usá-lo em outras regiões do país. Para completar, foi comprovado que o DDT produzido nos Estados Unidos e exportado para a Itália era de baixa qualidade. A esses problemas somaram-se outros, de natureza financeira, ocasionados pela desvalorização da moeda italiana e por uma hiperinflação, que só seria controlada em 1949. O que mais prejudicou a campanha, no entanto, de acordo com Farley (2004), foram as divergências acerca do seu real objetivo. Alguns participantes consideravam que a meta do programa era erradicar o *Anopheles labranchiae* da Sardenha, conforme estava

previsto no estatuto do ERLAAS,[243] enquanto outros o encaravam como um experimento destinado a testar a viabilidade da erradicação de uma espécie nativa da região. No primeiro caso, a campanha seria considerada um fracasso se não conseguisse eliminar o último mosquito, ao passo que, no segundo caso, tal insucesso poderia ser visto como um experimento bem-sucedido, demostrando que o desaparecimento da espécie não era possível. Existiam ainda os que viam a campanha como um programa de saúde pública destinado ao controle da malária na Sardenha.[244]

O próprio diretor do programa da Sardenha Kerr, não tinha certeza sobre a sua viabilidade. As suas primeiras dúvidas surgiram quando, em um levantamento dos anofelinos da região, o entomologista Thomas Aitken descobriu que *Anopheles labranchiae* parecia ser um habitante permanente dos planaltos, e não uma espécie que se reproduzia nas planícies e migrava para as montanhas apenas durante os meses do verão, como se acreditava.[245] Em carta enviada a Soper, Aitken alertou-o sobre a necessidade de se manter cético sobre as chances de erradicação do inseto.[246] Diante da descoberta, Kerr também escreveu para Soper argumentando que a organização de uma campanha antilarvas nos planaltos acidentados da Sardenha seria uma tarefa impossível: "o objetivo do projeto deveria ser mudado da erradicação do *Anopheles* para a erradicação da malária", mediante o uso do DDT. Kerr estava convencido de que este era o melhor caminho para a campanha: "Me chame de pessimista se você quiser, mas a palavra impossível está no meu vocabulário e eu pretendo mantê-la lá", disse a Soper.[247]

Soper, ao repassar a carta de Kerr para Strode, que a considerou "um tanto perturbadora", argumentou que já era sabido que a malária podia ser controlada através da ação residual do DDT e que "a repetição deste experimento na Sardenha nada acrescentaria ao nosso conhecimento". Strode compartilhava dessa visão: "devemos manter nossas armas apontadas para a erradicação da espécie". Tanto o diretor da DSI quanto Soper tinham as suas atenções voltadas para o mosquito e não para a doença.[248]

Soper e Strode passaram a suspeitar, então, que os objetivos da campanha não seriam alcançados sob a direção de Kerr. A indefinição sobre quais eram de fato tais objetivos, no entanto, persistia. O próprio Strode parecia confuso em relação a essa questão. Se na carta para Soper ele havia deixado claro que a meta da campanha era erradicar o mosquito, em outra correspondência, desta vez endereçada a Sawyer, ele sugeriu que um dos objetivos do programa era verificar se uma espécie nativa de anofelino podia ser erradicada.[249] Embora pareça uma discussão despropositada,

existe uma grande diferença entre erradicar uma espécie e determinar se a erradicação dessa espécie é possível. Como destaca Farley (2004: 147), se o objetivo era a erradicação do vetor, então Kerr tinha o direito de sugerir o abandono do projeto tão logo ficasse demonstrada a impossibilidade de tal tarefa. Do contrário, caso a meta fosse avaliar a viabilidade da erradicação de *Anopheles labranchiae* na Sardenha, então o experimento deveria continuar até que pudesse ser avaliado.

Em 1947, Aitken, cujo levantamento inicial sobre os mosquitos na Sardenha tanto tinha perturbado Kerr, seria o responsável por mais um duro golpe no programa. Em um novo relatório sobre as suas pesquisas entomológicas na ilha, divulgado naquele ano, ele anunciava não apenas a identificação de criadouros de *Anopheles labranchiae* nas montanhas, como também a descoberta de que o mosquito se alimentava de ovelhas e cabras e que, por isso, não procurava o homem e suas habitações. Desse modo, a pulverização com o DDT nas casas era ineficaz para a redução da densidade de mosquitos, a menos que também fosse realizada em cada abrigo animal.[250] O relatório de Aitken certamente contribuiu para que Kerr se convencesse de que a erradicação de *Anopheles labranchiae* da Sardenha era uma tarefa impossível. Em carta enviada a Strode, ele pediu para ser afastado do seu cargo de diretor do ERLAAS, afirmando que não tinha "nem a energia física nem mental necessária para esta tarefa que eu estou convencido que certamente falhará".[251] Desse modo, em setembro de 1947, William Logan, que havia ingressado no quadro de funcionários da DSI apenas quatro meses antes, assumiu a direção do programa.

Ao contrário de Kerr, Logan não tinha dúvidas sobre a possibilidade de erradicação do vetor da malária na Sardenha. Um mês após tomar posse, o novo diretor do ERLAAS afirmou perante o Alto Comissariado Italiano para a Higiene e a Saúde Pública que o sucesso do que ele acreditava ser um projeto "brilhantemente concebido" e "cuidadosamente planejado" implicava a erradicação de *Anopheles labranchiae*: "nada menos do que esta meta pode ser buscada (...) e nada menos do que isso seria digno do esforço, do planejamento e do dinheiro". O ERLAAS, ele concluiu, "pode significar uma época até então inimaginável na história da medicina".[252]

As palavras de Logan comprometeram a DSI com um objetivo extremamente difícil de ser alcançado. O êxito do programa dependia da eliminação do último mosquito *Anopheles labranchiae* da Sardenha. Conforme Paul Russell escreveu a Strode: "Este é um projeto para a completa erradicação e não pode haver nenhuma margem de manobra".[253]

Em outubro de 1947, então, o DDT começou a ser pulverizado em cada estrutura construída pelo homem na ilha, fosse ela habitada por seres humanos ou por animais. Os especialistas da DSI acreditavam que esse método mataria de 95% a 99% dos mosquitos. Na primavera seguinte, uma intensa campanha antilarvas em toda a extensão da ilha, baseada na utilização do verde-paris, encerraria de forma notável as atividades. Com o otimismo que lhe era peculiar, Logan concluía que, seguindo o planejamento, *Anopheles labranchiae* estaria erradicado da Sardenha no outono de 1948. Pouco antes do início da estação, no entanto, o seu entusiasmo com a possibilidade de erradicar o mosquito da ilha tão rapidamente já havia diminuído bastante.[254] Seguindo uma recomendação de Paul Russell, o ERLAAS convidou a DSI a permanecer mais um ano na região, com o objetivo de erradicar o mosquito da ilha sendo adiado para 1950.[255] Enquanto isso, os sempre otimistas diretores científicos da DSI em Nova York anunciaram que o projeto "estava perto de demonstrar pela primeira vez que era possível erradicar uma única espécie de inseto de uma determinada área", embora admitissem que a campanha havia-se tornado "fabulosamente cara".[256] Em dezembro de 1948, em resposta aos constantes ataques da imprensa comunista italiana, Logan assegurou aos céticos que o ERLAAS havia obtido "negatividade larval" e que, em 1950, "era nossa intenção entregar para a população da Sardenha uma ilha completamente livre da malária para sempre".[257] Como argumenta Farley (2004), Logan estava sendo leviano em sua promessa, na medida em que os relatórios mensais da campanha continuavam indicando a existência de criadouros ativos de mosquitos na região. Desse modo, livrar a ilha da malária "para sempre" ainda parecia um sonho distante naquela altura.

Embora Logan permanecesse otimista em relação ao programa, o entusiasmo da direção da DSI rapidamente arrefeceu. Russell, que considerava a erradicação do mosquito a meta da campanha, mostrou-se preocupado ao saber que 84 setores ainda reportavam criadouros de mosquitos. Ele alertou, então, que, "a menos que tenhamos ao final do projeto um ano completo de eficiente exploração sem encontrar nenhum *Anopheles labranchiae,* adulto ou larva, o projeto não pode ser considerado propriamente bem-sucedido". Na visão de Russell, a existência de criadouros de mosquito na Sardenha em 1949 era um indício de que continuariam a ser encontrados em 1950 e que seria necessário continuar com as atividades durante todo o ano de 1951.[258]

No fim de 1949, aproximadamente 8% dos setores ainda reportavam a existência de larvas do mosquito. Nesse contexto, os dirigentes do programa reformularam novamente os seus objetivos, em um esforço para diminuir a sensação de fracasso.[259] Farley (2004: 148-149) destaca que dois argumentos em favor do êxito da campanha poderiam ser utilizados: o primeiro era dizer que o programa de erradicação de *Anopheles labranchiae* na Sardenha havia sido bem-sucedido, na medida em que, como experimento, o seu sucesso não podia ser avaliado em termos de resultado, mas sim da validade de suas descobertas. De maneira semelhante, o projeto podia ser considerado exitoso porque a malária tinha sido controlada na Sardenha.

Russell foi o primeiro a destacar o êxito do programa da Sardenha como experimento. Em novembro de 1949, em contraste com as alegações feitas apenas alguns meses antes, ele sustentou que a campanha havia sido concebida, desde o início, como uma experiência para determinar se *Anopheles labranchiae* podia ser erradicado da ilha.[260] Ele reiterou esse argumento em junho, afirmando que no experimento demonstrou-se que a malária não podia ser controlada através da erradicação do seu vetor na região e que, portanto, não poderia ser considerado um fracasso.[261] Russell (1955: 240) também destacaria o caráter de experiência do programa de erradicação da Sardenha em seu livro sobre o combate à malária em diferentes partes do mundo, no qual afirma que "o experimento [da Sardenha] parece ter confirmado a opinião geral de que era mais prático eliminar a malária através da pulverização das residências com inseticidas residuais (...) do que por meio de uma tentativa de erradicar o mosquito transmissor". O zoólogo Marston Bates utilizou o mesmo argumento no prefácio que escreveu para o relato oficial do programa, publicado em formato de livro alguns anos depois. Em sua opinião, a campanha podia ter fracassado como um projeto de erradicação do mosquito, mas não se podia dizer o mesmo dela como experimento, independente dos seus resultados não terem sido os esperados. De acordo com Bates (1953), "o experimento não fracassou porque os resultados foram diferentes das expectativas". Logan, por sua vez, apontou o controle da malária na Sardenha como a principal contribuição do ERLAAS. "O ano de 1950 pode muito bem entrar para os anais da Sardenha como o mais importante de sua longa e variada história", destacou o diretor da agência no relatório final do programa.[262] De fato, embora não tenha conseguido erradicar *Anopheles labranchiae*, o ERLAAS logrou êxito em quebrar a cadeia de transmissão da malária, diminuindo radicalmente a sua incidência na região.

A campanha da Sardenha enfrentou uma série de dificuldades técnicas e logísticas. O seu fracasso em erradicar o vetor da malária da região tinha sido antecipado na renúncia de Kerr, o primeiro diretor do programa, que não estava convencido sobre a viabilidade de tal objetivo. Quando a campanha foi encerrada, em setembro de 1950, após quatro anos e meio de atividades, ela havia consumido cerca de 11 milhões de dólares, um volume extraordinário de recursos, principalmente se consideramos que, naquele momento, muitos especialistas em saúde pública defendiam que a malária podia ser controlada a um baixo custo. O próprio Logan admitiu isso em seu relatório final, ao afirmar que, diante dos resultados obtidos, teria sido mais fácil e barato implementar um programa de controle da doença na Sardenha com base no DDT. O ERLAAS, no entanto, segundo ele, tinha conseguido fazer com que a região voltasse a ser um lugar seguro para os seus habitantes. Ele passou a argumentar, então, em defesa do programa que dirigiu, que o mesmo havia sido muito mais amplo do que uma mera campanha de combate à malária, constituindo-se, "em essência, em um projeto de reabilitação" (Logan, 1953).[263]

Nos 15 anos que se seguiram ao término formal da campanha da Sardenha, o governo italiano prosseguiu com os esforços de controle do mosquito na ilha, o que depõe contra a lógica do custo/benefício frequentemente utilizada pelos defensores do conceito de erradicação. Apesar disso, o programa de erradicação foi apresentado, tanto nos Estados Unidos quanto na Itália, como um grande sucesso ao livrar a ilha do antigo flagelo da malária. A avaliação positiva da campanha da Sardenha se relaciona com uma alteração do seu principal objetivo que, inicialmente, era a erradicação de *Anopheles labranchiae* da região e que, no decorrer do programa, passou a ser a erradicação da malária. Dentre as consequências de tal alteração, podemos destacar uma valorização excessiva da contribuição da Fundação Rockefeller para a melhora do cenário sanitário da Sardenha e o fortalecimento do conceito de erradicação, que passou a gozar de maior legitimidade no campo da saúde pública.

Os argumentos de Russell, Bates e Logan evidenciam a produção de um consenso em torno do êxito da campanha da Sardenha. É nesse sentido que Brown (1998) recorre à expressão "fracasso como sucesso" (*failure-as-success*) para se referir à campanha. Para Brown, a alteração no seu objetivo principal permitiu que o programa de erradicação de *Anopheles labranchiae* na região fosse ressignificado para que pudesse ser apresentado como um projeto bem-sucedido. Farley (2004) segue a mesma linha de análise ao

destacar que a campanha que começou com o objetivo de erradicar o vetor terminou em fracasso, mas que foi possível para Logan e outros dirigentes da DSI defenderem o seu sucesso, apresentando-a como um experimento, um programa de controle da malária, ou mesmo um projeto de reabilitação. De fato, os seus impactos sobre a Sardenha não devem ser menosprezados. O entomólogo Aitken, 14 anos após o término do programa, visitou novamente a região, observando que "grandes mudanças econômicas e sociais tinham ocorrido desde que o fardo da malária havia sido eliminado".[264]

Controvérsias à parte, o experimento da Sardenha foi um teste decisivo para a filosofia erradicacionista de Soper, evidenciando os seus limites, confirmando os seus principais pressupostos e consagrando o modelo organizacional adotado com sucesso pela primeira vez no combate ao mosquito *Anopheles gambiae* no Nordeste do Brasil nos anos 1930 e repetido na costa ocidental do Egito alguns anos depois. As três campanhas contra os principais vetores da malária naqueles países tiveram graus variados de êxito. Entretanto, tomadas em seu conjunto, elas contribuíram para a reabilitação do conceito de erradicação das espécies, que seria largamente aplicado em campanhas sanitárias no pós-Segunda Guerra Mundial, em um cenário de reorganização do campo da saúde internacional, no qual os Estados Unidos passaram a participar mais ativamente de campanhas e organizações sanitárias internacionais, sobretudo nas Américas.

## O Crescente Envolvimento do Departamento de Estado Norte-Americano no Campo da Saúde Internacional

Soper acompanhou boa parte da campanha na Sardenha dos Estados Unidos, para onde havia retornado em maio de 1946, quando se encerraram as suas atividades na região do Mediterrâneo como membro da Comissão de Tifo do Exército Norte-Americano. O seu salário continuava sendo pago pela Fundação Rockefeller (como fora durante todo o período da guerra), mas os dias da organização como patrocinadora de campanhas sanitárias de grande envergadura, nos moldes daquelas nas quais ele havia atuado por décadas, estavam contados. Desde o fim dos anos 1940, a Fundação Rockefeller estava mudando o seu foco de atuação, deixando de lado os programas práticos para se concentrar em pesquisas científicas básicas em campos como o da nutrição, agricultura e os estudos da população.

Esse processo culminaria, em 1951, no fechamento da DSI,[265] embora a Fundação Rockefeller nunca tivesse perdido o seu interesse na saúde internacional e no apoio às pesquisas médicas.[266] Nesse contexto, Soper e outros sanitaristas tiveram que se reposicionar no campo da saúde pública, que estava passando por um processo de reconfiguração no pós-Segunda Guerra Mundial, com o surgimento de novas organizações internacionais.

Dos Estados Unidos, Soper pôde restabelecer os contatos com a comunidade médica e sanitária da América Latina, onde trabalhou por mais de vinte anos. A região havia passado por profundas transformações durante a Segunda Guerra Mundial, experimentando dificuldades políticas e econômicas oriundas desse cenário, além de uma grande instabilidade. Ao passo que algumas atividades, como a extração de minerais, foram favorecidas com a guerra, outras, que dependiam do consumo europeu, entraram em colapso, como foi o caso da produção cacaueira.[267] O período foi marcado também por um grande crescimento demográfico a ponto de, no fim da década de 1930, a população das Américas ter ultrapassado a marca de 250 milhões de habitantes. Estados Unidos, Brasil, México e Argentina, inclusive, tinham mais de dez milhões de habitantes cada. Na América do Sul, a maioria das capitais contabilizava mais de um milhão de pessoas. A taxa de crescimento populacional das Américas estava entre as mais altas do mundo, ao lado daquela verificada no continente africano (Merrick, 1998). Paralelamente, a sociedade latino-americana, predominantemente rural até então, tornava-se cada vez mais urbana, o que acarretou profundas transformações sociais, tais como a expansão do direito de voto, o aumento da participação política de grupos até então excluídos, como as mulheres, e a melhoria das taxas de alfabetização e de escolaridade, sobretudo nas maiores cidades do continente. [268]

Nesse cenário, como vimos no capítulo anterior, o governo norte-americano criou o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). Um dos principais objetivos do IAIA era estabelecer programas cooperativos de saúde pública no continente americano, vinculados aos ministérios da saúde dos governos anfitriões, cofinanciados e administrados por esses países e pelos Estados Unidos. Conhecidos como "serviços cooperativos de saúde pública", essas instituições locais tinham a incumbência de promover melhorias nos serviços de saúde pública e saúde rural, bem como implementar programas educacionais e de desenvolvimento econômico. O responsável por implementar tais programas foi o major-general do exército norte-americano George C. Dunham, um especialista em medicina

tropical com experiência prévia no Panamá e nas Filipinas, que foi designado para a direção da Divisão de Saúde e Saneamento do Instituto. As atividades desenvolvidas iam desde a construção de hospitais e centros de saúde até a concessão de bolsas de estudo para estudantes de medicina e enfermagem, passando pela organização de campanhas contra a malária, atividades de controle de mosquitos e a construção de redes de esgoto e de fornecimento de água. Mais tarde, o IAIA também seria responsável pelas primeiras campanhas de saúde no continente baseadas no uso do DDT.[269]

Embora sob supervisão formal dos ministérios da saúde, os serviços cooperativos contavam na prática com uma grande autonomia administrativa e recursos consideráveis. Muitos desses serviços permaneceram em atividade mesmo após o término da Segunda Guerra Mundial. Esse foi o caso, por exemplo, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado no Brasil em 17 de julho de 1942, nos marcos dos chamados "Acordos de Washington". O acordo sanitário que instituiu o SESP colocava sob a sua responsabilidade a implementação de políticas de saúde em áreas estratégicas do ponto de vista econômico e militar para o *esforço de guerra* dos aliados. Dois objetivos principais deveriam ser alcançados: o saneamento do vale amazônico, através do controle da malária e da assistência médica aos seringueiros, e o treinamento de profissionais da saúde, sobretudo médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários.[270]

O financiamento para a implementação de tais políticas era fornecido, principalmente, pelos Estados Unidos. Assim, apesar de estar formalmente vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, o SESP tinha total autonomia financeira e administrativa, constituindo-se em uma burocracia paralela à administração *tradicional*. Isso porque, para cada país com o qual os Estados Unidos firmavam um acordo bilateral, era enviado um pequeno "grupo de campo", formado por um médico, um engenheiro, uma enfermeira e um administrador. O chefe do grupo de campo dirigia, ao mesmo tempo, tanto a representação do IAIA no país anfitrião quanto o serviço cooperativo (Dunham, 1944).

Um dos mais destacados dirigentes do IAIA na América Latina foi o médico norte-americano Eugene Paul Campbell, que dirigiu o SESP de 1945 a 1955. Nascido em 1907, em St. Paul, no estado de Minnesota, Campbell formou-se em medicina em 1933, pela Universidade Johns Hopkins. Em 1942, ele obteve seu título de mestre na Escola de Saúde Pública da Pensilvânia, onde lecionava epidemiologia quando os Estados Unidos entraram na Segunda Guerra Mundial. Pouco tempo depois desse

acontecimento, em abril de 1942, ele ingressaria no IAIA. Dessa data até 1943, Campbell serviu como chefe do grupo de campo do Instituto na Guatemala e, de 1943 a 1945, como diretor de campo do IAIA para as Américas Central e do Sul, realizando inúmeras viagens entre os países da região. Com o término da Segunda Guerra Mundial, em 1945, ele foi designado chefe do grupo de campo do IAIA no Brasil e do SESP, permanecendo no país por dez anos, até 1955, um período decisivo para as duas agências.[271]

O Escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos, ao qual o IAIA estava vinculado, havia sido criado com o objetivo principal de suprir as necessidades imediatas oriundas da Segunda Guerra Mundial e combater a influência da Alemanha nazista na América Latina. Existem evidências, contudo, que o Escritório era parte de uma estratégia para estabelecer um novo padrão de relacionamento com os países do continente. Através dele, os Estados Unidos buscavam franquear os mercados da região aos seus produtos e, consequentemente, fortalecer os seus interesses econômicos na região (Rowland, 1947). Em um artigo publicado no jornal do Instituto, em 1945, a estratégia de longo prazo fica evidente: "apesar deste programa ter sido concebido sob o medo da invasão alemã e planejado apenas para o hemisfério ocidental, este projeto de saúde pública está emergindo como um modelo para a cooperação internacional num mundo de paz".[272] Havia uma percepção geral de que as atividades do Escritório contribuíam para a prosperidade dos Estados Unidos porque "estavam construindo mercados" na América Latina. Blumenthal (1968) corrobora essa suposição ao afirmar que o Escritório implementava programas que visavam o estímulo ao desenvolvimento econômico da América Latina, o que contribuía para a expansão e abertura dos mercados da região aos produtos norte-americanos, para a solidariedade continental e também para a estabilidade política do hemisfério.

Nem todos os membros do governo norte-americano, contudo, compartilhavam desse entendimento, de modo que os atritos entre o Departamento de Estado e o Escritório eram frequentes. Em 1942, o secretário de Estado Cordell Hull (1933-1944) declarou ter "muitas reservas" sobre continuar com as atividades do Escritório depois que "a presente situação de emergência seja resolvida e o orçamento especial acabe".[273] As controvérsias também estavam presentes no Congresso norte-americano (Erb, 1985).

Em 1944, no entanto, Nelson Rockefeller foi nomeado para o cargo de secretário de Estado assistente para assuntos das repúblicas americanas pelo novo secretário de Estado Edward Reilly Stettinius Jr. (1944-1945), que substituiu Cordell Hull. Desde 1943, em um contexto no qual a extinção do Escritório ao término da guerra estava na ordem do dia, Rockefeller e o seu grupo atuavam no sentido de garantir a continuidade dos seus programas, com base no apoio de organizações privadas e de outras agências do governo. Desse modo, a sua ascensão ao cargo de secretário de Estado assistente fortaleceu o Escritório nos anos finais da Segunda Guerra Mundial, renovando as esperanças daqueles que apostavam na sua sobrevivência (Campos, 2006). Nessa conjuntura, o IAIA, órgão que estava vinculado ao Escritório, passou por um processo de reorganização, com o major Dunham deixando a Divisão de Saúde e Saneamento para assumir a direção Instituto, no lugar do próprio Rockefeller.[274] O ambiente favorável à sobrevivência do Escritório, contudo, logo se alteraria. Já em 1945, Stettinius seria substituído por James Francis Byrnes (1945-1947) na chefia do Departamento de Estado, o que fez com que Rockefeller se demitisse em 25 de agosto desse ano.[275] Spruille Braden (1945-1947), o seu sucessor no cargo de secretário assistente, não nutria maiores simpatias pela agência (Duggan, 1949).

Terminada a Segunda Guerra Mundial, o Escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos passaria por uma série de mudanças administrativas que evidenciariam a sua fragilidade naquele contexto. Seis dias após o pedido de demissão de Rockefeller, em 31 de agosto de 1945, o presidente Harry S. Truman (1945-1953) transferiu algumas funções do Escritório para o Departamento de Estado. O passo seguinte e derradeiro foi dado em 10 de abril de 1946, quando um decreto presidencial extinguiu o Escritório e todas as suas agências, com exceção do IAIA, que passou para a jurisdição do Departamento de Estado (Rowland, 1947).[276] No novo cenário, Dunham foi demitido da presidência do Instituto, e o cargo foi assumido pelo coronel Arthur R. Harris, que havia feito carreira como adido militar em diversos países das Américas Central e do Sul. Diferentemente de Dunham, Harris não era um médico-sanitarista de modo que, embora tenha se declarado favorável à continuidade do programa sanitário, rapidamente deixou claro que o desconhecia por completo, definindo-se apenas como um "observador atento" dos trabalhos do Instituto.[277] Harris ocuparia a presidência do IAIA até dezembro de 1947, quando foi substituído por Dillon S. Meyer, um especialista em agronomia e ex-funcionário do Ministério

da Agricultura (1933-1942) (Campos, 2006). A escolha de um agrônomo para a presidência do Instituto sinaliza uma tentativa do Departamento de Estado de reorientar as suas atividades para preocupações relacionadas à alimentação, uma questão importante no pós-Segunda Guerra Mundial.

Quando ocorreu a extinção do Escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos, o presidente Truman assegurou que os programas realizados pelo IAIA seriam completados, de modo a preservar a *política da boa vizinhança*, que continuava orientando a política externa norte-americana para a América Latina.[278] O cenário, entretanto, era de incerteza. Os funcionários envolvidos nos projetos mostravam-se céticos quanto à possibilidade de o Instituto sobreviver ao ano 1947, quando expiravam os acordos bilaterais (Erb, 1985). Eugene Campbell, representante do IAIA no Brasil, enumerou os benefícios da manutenção dos programas desenvolvidos pelo Instituto ao ser consultado sobre essa questão pelo secretário de Estado. Na sua opinião, as atividades do IAIA contribuíram para a melhoria das relações interamericanas, tinham o apoio dos governos locais e estavam ajudando a promover os princípios de saúde consagrados internacionalmente. Campbell também alertou o secretário que o encerramento dos programas poderia afrouxar o controle das epidemias e doenças transmissíveis nos países da região, o que prejudicaria também os Estados Unidos.[279]

Além da *boa vontade* latino-americana para com os Estados Unidos e da redução dos riscos de que epidemias surgidas na região atingissem o país, argumentos de ordem econômica também foram bastante utilizados em defesa da manutenção do IAIA e dos seus programas. Para muitos, com a melhoria da situação médico-sanitária na América Latina, os Estados Unidos passaram a dispor de um mercado em expansão para os seus produtos. O modelo de *cooperação internacional* implantado pelo IAIA em seus programas de saúde também foi apontado como aquele que deveria pautar as relações entre os países no pós-guerra, pois tinha como objetivo melhorar o padrão de vida e de saúde das populações. O programa sanitário também seria bastante útil, do ponto de vista geopolítico, no novo cenário da Guerra Fria. Como destaca Campos (2006: 198-199): "antes empregado contra os nazistas, o programa sanitário tornou-se importante peça na batalha contra o comunismo", na medida em que "a propaganda soviética poderia ser enfrentada pela melhoria das condições econômicas e de saúde dos povos latino-americanos".

Desse modo, em 1947, já em um contexto de Guerra Fria, a utilidade do IAIA e dos seus programas cooperativos como uma ferramenta

importante da nova política externa norte-americana tornava-se evidente. O Departamento de Estado, então, reorganizou o Instituto e propôs a continuidade dos seus programas por mais cinco anos, definindo que a sua existência após esse período seria avaliada no momento oportuno. Os congressistas norte-americanos aprovaram a reorganização do IAIA nos moldes como havia sido proposta pelo Departamento de Estado, mas reduziram o seu prazo de existência para três anos, ou seja, para junho de 1950 (Erb, 1985).

Entre maio e julho de 1948, o periódico do Departamento de Estado publicou uma série de matérias sobre o IAIA que, posteriormente, seriam reunidas em um ensaio analítico. Nos documentos, relacionava-se a segurança dos Estados Unidos com o desenvolvimento econômico da América Latina. No contexto da Guerra Fria, eles destacavam que a política externa norte-americana deveria pautar-se pela cooperação internacional e que o IAIA era o modelo a ser seguido, graças ao "entendimento mútuo" e a "ampliação de mercados" que as suas atividades haviam fomentado. No ensaio também se explicitava a estratégia do Departamento de Estado de "retirar-se daqueles programas", uma vez que eles estivessem consolidados, de modos que os governos locais assumissem a responsabilidade por eles.[280]

Erb (1985) salienta que o IAIA e os programas que implementava foram o "prelúdio" do Ponto IV, programa de "assistência técnica para o desenvolvimento" anunciado pelo presidente Truman, em junho de 1949, em mensagem enviada ao Congresso norte-americano. O princípio que orientava o programa era o da cooperação para o desenvolvimento, estabelecida por meio de uma análise minuciosa das condições locais e de parcerias técnicas e econômicas entre os Estados Unidos e os governos dos países atendidos. Trata-se do modelo que havia guiado as atividades do IAIA que se tornou, então, a agência responsável pela implementação do Ponto IV na América Latina, quer mediante a ampliação dos programas existentes, quer formulando novos projetos. Como destaca o autor, enquanto primeira agência do governo norte-americano dedicada à implementação de programas de saúde na América Latina, o IAIA foi uma peça-chave na construção dessa rede ao moldar o vínculo entre economia, política e saúde. Em 1948, um ano antes do lançamento do Programa Ponto IV, a Divisão de Saúde e Saneamento do IAIA contabilizava 130 especialistas norte-americanos em saúde pública e oito mil profissionais – incluindo médicos e enfermeiros – contratados em diversos países da América Latina. Em um período de dez anos, compreendido entre 1941 e 1951, o IAIA distribuiu

cerca de seiscentas bolsas para jovens profissionais e universitários latino-americanos estudarem no exterior, a maioria em instituições nos Estados Unidos, e investiu mais de trinta milhões de dólares em projetos sanitários no continente americano.[281]

Desse modo, o IAIA não apenas sobreviveu ao término da Segunda Guerra Mundial como serviu de modelo para a agenda norte-americana de "assistência técnica para o desenvolvimento" mundial, encarnada no Programa Ponto IV. O programa sinalizou uma reorientação da política externa dos Estados Unidos. Desde o término da Segunda Guerra Mundial, as atenções do país estavam voltadas para a Europa, como evidenciam os vultosos investimentos realizados na região através do Plano Marshall. Com a Guerra Fria e a recuperação europeia, o foco da política externa norte-americana deslocou-se para os países pobres, o então chamado Terceiro Mundo,[282] do qual fazia parte a maioria dos países da América Latina. O Ponto IV formalizou a nova política de Washington, que pressupunha que a cooperação internacional para o desenvolvimento dos países pobres seria benéfica para os próprios Estados Unidos, na medida em que melhoraria as condições de vida e os indicadores sociais das nações do Terceiro Mundo, constituindo-se, assim, em uma arma importante contra a propaganda comunista (Brown & Redvers, 1953).[283] Ele também marcaria a adesão do governo norte-americano ao discurso do desenvolvimento (Escobar, 1995; Rist, 2002).

Nesse contexto de reorientação da política externa norte-americana em direção ao Terceiro Mundo, em outubro de 1950 o Departamento de Estado estabeleceu a Administração para a Cooperação Técnica (Technical Cooperation Administration – TCA) com o objetivo de gerenciar os programas de cooperação técnica criados nos marcos do Ponto IV. O administrador era designado diretamente pelo presidente dos Estados Unidos, com o consentimento do Senado. A principal função da nova agência era fornecer assistência técnica e científica aos países subdesenvolvidos, de maneira a garantir a estabilidade política e o progresso econômico e social. Com a criação do TCA, o IAIA passou para a sua jurisdição. Um ano depois, o presidente Truman assinou o "Ato de segurança mútua" ("Mutual security act"), que autorizava a liberação de cerca de 7,5 bilhões de dólares para assistência militar, econômica e técnica para os países aliados dos Estados Unidos. A nova lei abolia o "Ato de assistência e defesa mútua" ("Mutual defense assistance act") e o "Ato de cooperação econômica" ("Economic cooperation act"), ambos estabelecidos em 1949, bem como a Administração

de Cooperação Econômica (Economic Cooperation Administration – ECA), que havia sido responsável pela administração do Plano Marshall. Para assumir as suas funções foi criada a Agência de Segurança Mútua (Mutual Security Agency), a qual tanto o TCA quanto o IAIA passaram a estar subordinados, o que evidencia a íntima relação entre os programas norte-americanos de assistência técnica e econômica e as preocupações de segurança oriundas da Guerra Fria. Em agosto de 1953, contudo, o governo norte-americano lançou o "Plano de Reorganização n. 7", que abolia as três agências. As funções do MSA, do TCA e do IAIA passariam a ser executadas pela recém-criada Administração de Operações Externas (Foreign Operations Administration – FOA), que deveria, a partir de então, centralizar as operações, o controle e a direção de todos os programas externos de assistência técnica e econômica, bem como coordenar as atividades de segurança mútua.

A FOA herdou as funções da MSA, da TCA e do IAIA, fornecendo assistência militar, econômica e técnicas às demais nações. O novo órgão, no entanto, também teria vida curta. Em maio de 1955 ele foi extinto e as suas funções foram transferidas para a Administração de Cooperação Internacional (International Cooperation Administration – ICA). A nova agência passou a se responsabilizar por todos os programas de assistência internacional, com exceção daqueles que envolviam assistência militar, refugiados e contribuições para organizações internacionais. O ICA existiria até 1961, ano em que o presidente John F. Kennedy (1961-1963) decretou o "Ato de assistência estrangeira" ("The foreign assistance act"), extinguindo a agência e transferindo as suas funções para a Agência para o Desenvolvimento Internacional (U.S. Agency for International Development – Usaid).[284]

A intervenção dessa rede de instituições multilaterais, bilaterais e filantrópicas nas Américas a partir da Segunda Guerra Mundial e durante a Guerra Fria evidencia a importância da saúde internacional como um instrumento de política externa e econômica para o Departamento de Estado.

A crescente importância da saúde internacional na política externa norte-americana fica evidente se considerarmos o aumento do volume de recursos destinados a programas nessa área. Um relatório publicado em 1954 pelo Departamento de Educação, Saúde e Bem-Estar do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos – que administrava tais programas – mostrava que, no ano 1942, o país havia destinado sessenta mil dólares à Repartição Sanitária Pan-Americana e seis mil dólares à Repartição de

Paris. Passados 12 anos, em 1954, os recursos destinados pelo governo norte-americano à saúde internacional totalizavam quarenta milhões de dólares. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) foi a organização multilateral que mais recebeu financiamento (seis milhões de dólares), seguida pela OMS (três milhões de dólares) e a RSP (um milhão e trezentos e trinta mil dólares) (USPHS, 1954). O volume de recursos destinados à OMS mostra a importância que Washington deu ao estabelecimento da organização. O processo de criação da OMS, contudo, foi marcado por controvérsias e intensas negociações com as organizações sanitárias já existentes, principalmente com a Repartição Sanitária Pan-Americana que, no pós-Segunda Guerra Mundial, passou a ser dirigida por Soper.

A ascensão de Soper ao cargo máximo do organismo interamericano ocorreu em meio a um processo de reorganização do campo da saúde internacional, com o desaparecimento de algumas organizações sanitárias e o surgimento de outras, como a OMS. Soper desempenharia um papel de destaque nas negociações entre a RSP e a OMS. A organização de campanhas internacionais de saúde de grande magnitude, baseadas no conceito de erradicação se constituiu, inclusive, em um ponto importante de sua estratégia de fortalecimento do organismo que dirigia diante da ameaça à sua existência representada pela criação da OMS.

A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, cujo lançamento faz parte desse cenário, será tema do próximo capítulo.

# 5

# O Novo Cenário Internacional no Pós-Segunda Guerra Mundial e o Lançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*

## Por Que Erradicar?

Antes da Segunda Guerra Mundial, o entusiasmo de Soper pelo conceito de erradicação não era compartilhado por muitos especialistas em saúde pública. Os próprios dirigentes da Fundação Rockefeller o aconselhavam a não utilizar o termo quando fosse discutir programas sanitários, pois a ideia de uma completa eliminação das doenças havia se revelado difícil de ser alcançada, e o conceito servia apenas para chamar a atenção para os seus próprios fracassos nessa área (Stepan, 2011).

As campanhas contra a malária no Egito e na Itália, contudo, reabilitaram a ideia de erradicação, que se tornou um elemento-chave no campo da saúde internacional no pós-Segunda Guerra Mundial. Fred Soper participou ativamente de ambas e foi o grande defensor da aplicação da filosofia erradicacionista. Ele creditava a si próprio o renovado interesse pela erradicação de vetores como mecanismo eficaz para a eliminação de doenças como a malária e a febre amarela, opinião que era compartilhada por outros especialistas em saúde pública da época. O malariologista Paul Russell, por exemplo, que estudou com Soper em um posto de formação de pessoal da Fundação Rockefeller na Geórgia, nos anos 1920, e atuou ao seu lado nas campanhas contra o tifo e a malária na Itália e no norte da África

durante a Segunda Guerra Mundial, como membro do Corpo Médico do Exército Norte-Americano, considerava-o o "profeta da erradicação das doenças de nossa era" (Farid *et al.*, 1980).

No prólogo que escreveu para o livro de memórias de Soper, Russell atribuía os triunfos de seu colega "a uma visão sempre otimista e destemida das possibilidades e a uma poderosa força interior que a todo momento o impulsionou a seguir adiante" (Soper & Duffy, 1979). Socrates Litsios, que conheceu Soper pessoalmente no período de mais de trinta anos em que trabalhou na Organização Mundial da Saúde (OMS), também parece concordar com o papel atribuído a si próprio pelo médico norte-americano ao destacar o orgulho que este nutria por "ter ressuscitado, praticamente sozinho, a ideia de erradicação como uma medida de saúde pública digna de ser buscada". Na sua opinião, Soper "desempenhou um papel-chave, senão o principal, em defender a ideia de que a malária poderia ser erradicada da face da terra" (Litsios, 2000: 167).

As campanhas sanitárias desenvolvidas por Soper, o seu prestígio no campo da saúde pública e a sua defesa intransigente do conceito de erradicação dos vetores de fato contribuíram para uma mudança de atitude em relação a essa ideia. Um exame mais atento, contudo, revela que a adoção da estratégia erradicacionista no pós-Segunda Guerra Mundial deveu-se a outros fatores, não podendo ser reduzida às atividades de um único personagem, por mais influência e poder que tivesse. Mas quais seriam eles?

A Segunda Guerra Mundial pode ser identificada como um dos fatores que contribuíram para colocar a ideia de erradicação no centro do debate sanitário internacional. As importantes inovações técnicas e científicas surgidas no âmbito da medicina e da saúde pública durante o conflito contribuíram para forjar um ambiente de "otimismo sanitário",[285] que rapidamente se disseminaria no plano internacional. No tocante à erradicação, uma das mais notáveis invenções do período, decisiva, inclusive, para a aceitação do conceito, foi o DDT, um inseticida de ação residual que passaria a ser largamente utilizado em campanhas sanitárias em diversas partes do mundo. O seu desenvolvimento parecia tornar possível a eliminação de insetos transmissores de doenças, especialmente *Aedes aegypti* e os anofelinos transmissores da malária. Como afirma Stepan (2011: 105): "Dada a efetividade do DDT na eliminação de insetos vetores de doenças (...), direcionar o foco para as doenças transmitidas por vetores em todo o mundo quando a guerra terminasse parecia ser a extensão lógica dos novos conhecimentos técnico-científicos".

O simples desenvolvimento do novo inseticida, no entanto, não explica por si só a implementação de campanhas de erradicação no pós-Segunda Guerra Mundial e, menos ainda, a seleção das doenças que deveriam ser erradicadas. A escolha da malária pela OMS como alvo da primeira campanha global de erradicação, por exemplo, evidencia a multiplicidade de fatores que pautavam decisões como essa. Já naquela época, a malária era considerada por especialistas em saúde pública uma doença cujo controle e, mais ainda, a total eliminação, eram objetivos muito difíceis de serem alcançados. Nesse sentido, a descoberta de um inseticida eficaz e barato como o DDT representou um avanço nas atividades de eliminação dos mosquitos. A questão, porém, é analisar por que o DDT se sobrepôs à bem estabelecida visão de que a malária não era passível de ser combatida com a mesma solução técnica em todos os lugares. Além disso, se a decisão de erradicar estava embasada na disponibilidade de soluções técnicas, a varíola deveria ter sido a doença escolhida, na medida em que não era transmitida por vetores e, portanto, não dependeu do advento do DDT para se tornar passível de ser extinta. A varíola, inclusive, já dispunha de uma vacina – a mais antiga do mundo – segura e bastante testada em meados do século XX. Por volta de 1950, inclusive, a vacinação em massa contra a doença havia levado à sua extinção na União Soviética, Estados Unidos, Canadá, Filipinas e na maior parte da Europa (Stepan, 2011). Entretanto, quando o médico Brock Chisholm, o primeiro diretor-geral da OMS, propôs que a varíola fosse a enfermidade a ser combatida em uma primeira campanha mundial de erradicação, a sua sugestão foi recusada. Os delegados presentes à VIII Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, em 1955, rejeitaram a ideia de Chisholm com o argumento de que tal projeto era muito ambicioso, caro e cujo sucesso era incerto.[286]

A questão da febre amarela também nos oferece um panorama dos múltiplos fatores que condicionaram a adoção da filosofia erradicacionista no pós-Segunda Guerra Mundial. A possibilidade de erradicar *Aedes aegypti* havia sido demostrada pela primeira vez no Norte do Brasil em 1933 e, no ano seguinte, a erradicação da espécie de todo o território nacional passou a ser a meta do Serviço Cooperativo de Febre Amarela, dirigido por Fred Soper. Nos anos 1940, com a saída da Fundação Rockefeller do país, o governo brasileiro assumiu a responsabilidade integral pela agência, que foi rebatizada com o nome de Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA) e passou a colaborar na organização de programas de erradicação do mosquito nos países vizinhos. Tais atividades estimularam um crescente intercâmbio

sanitário entre as nações da região, forjando uma solidariedade continental no campo da saúde pública que seria decisiva para a proposição, em 1947, de uma campanha para a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas, que teve em Soper o seu maior articulador e entusiasta.

O surgimento do DDT e de outros inseticidas ajudou a fortalecer a posição de Soper em defesa da erradicação, mas não explica por si só como ele foi capaz de convencer os governos de praticamente todas as repúblicas americanas a se comprometerem com a tarefa de eliminar o mosquito *Aedes aegypti* do continente. Além de ser apenas uma solução parcial para o problema da febre amarela, o trabalho a ser realizado era de grande magnitude, dado o número de países que deveriam participar simultaneamente para que a campanha funcionasse e as dificuldades inerentes à decisão de exterminar uma espécie de inseto, um dos organismos mais resistentes da natureza. Soper foi capaz de convencer até mesmo os Estados Unidos a participar da campanha, embora tardiamente e de forma relutante. Mais do que a descoberta do DDT ou a crença de Soper na efetividade de seus métodos – que vinha desde antes da guerra –, o que pesou na decisão de implementar a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* foram elementos políticos do contexto do pós-Segunda Guerra Mundial. Desse modo, como sugere Stepan (2011), o triunfo da filosofia erradicacionista no campo da saúde internacional no pós-guerra não deve ser pensado como uma consequência quase inevitável ou predeterminada das inovações científicas ou das novas tecnologias surgidas na época – embora elas, certamente, tenham contribuído –, mas sim como um resultado de muitos e frequentemente não antecipados fatores muito mais políticos do que técnicos ou científicos.

De fato, o imediato pós-Segunda Guerra Mundial constituiu um cenário riquíssimo, marcado pela ascensão dos Estados Unidos à condição de poder político hegemônico, capaz de financiar e influenciar novas instituições de saúde pública tanto no âmbito nacional quanto internacional; pela emergência de planos e ideias de desenvolvimento nas Américas; pela entrada do continente na Guerra Fria e o consequente fortalecimento do pan-americanismo, pela reorganização do campo da saúde internacional, com o surgimento de toda uma constelação de organizações internacionais, com destaque para a OMS; por disputas no campo sanitário em torno do conceito de erradicação; e pela crescente influência dos defensores desta ideia, à medida que eles foram adquirindo novas posições de autoridade no campo totalmente reconfigurado da saúde internacional.

Como a Campanha Continental se insere neste contexto? Como essa proposta conseguiu ter uma adesão tão ampla, congregando praticamente todas as repúblicas das Américas? Que fatores concorreram para que ela fosse rapidamente aprovada e implementada? Em que medida os elementos constitutivos do cenário internacional do pós-Segunda Guerra Mundial, notadamente a temática do desenvolvimento, foram mobilizados no processo de discussão e elaboração da proposta da Campanha Continental em 1947? Como a ascensão de Soper ao posto máximo da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSP) consolidou a sua posição como um dos principais líderes do campo da saúde internacional, favorecendo a implementação de campanhas sanitárias internacionais embasadas na filosofia de erradicação de vetores? Essas são algumas das questões que tentarei responder neste capítulo.

## Desenvolvimento e Erradicação

A filosofia erradicacionista de Soper se coadunava com a ideologia do desenvolvimento, em voga no pós-Segunda Guerra Mundial. Conforme aponta Escobar (1995), nos marcos de tal ideologia a ciência e a tecnologia passaram a ser vistas como ferramentas de transformação da realidade social, ou seja, como os dois principais fatores capazes de tirar a ideia de desenvolvimento do campo do discurso para colocá-la em ação. Por meio delas, as sociedades capitalistas centrais buscavam reunir condições para multiplicar pelo planeta todos os elementos que as caracterizavam, quais sejam: industrialização, urbanização, modernização da agricultura, infraestrutura, aumento da oferta de serviços sociais, altos padrões de produtividade material e elevados níveis de qualidade de vida. Difundiu-se, então, a crença de que, cedo ou tarde, todas as nações experimentariam um "encontro com o desenvolvimento". As condições para o desenvolvimento dos países de Terceiro Mundo viriam mediante uma "cooperação internacional", dois conceitos forjados neste momento.

Analisando o cenário de expansão das ações em saúde internacional no pós-Segunda Guerra Mundial em comparação com o período anterior, Packard (1997a) salienta que, nessa transição, a intervenção das potências ocidentais nas regiões periféricas foi transformada e despolitizada. Os conceitos de saúde e desenvolvimento tornaram-se mais abrangentes, e as políticas sanitárias, bem como o discurso, passaram a levar em conta a necessidade de fornecer assistência a populações inteiras, e não apenas

às comunidades produtoras. Essa mudança implicou uma reconceituação do "desenvolvimento" e uma reformulação de seus objetivos, pois agora certos tipos de intervenção tornaram-se economicamente viáveis em larga escala, em virtude da disponibilidade de tecnologias próprias para controlar e eliminar as doenças.

O grande avanço biomédico verificado nas décadas de 1940 e 1950, com o aparecimento de drogas como a penicilina e os antibióticos, vacinas como a 17D contra a febre amarela e o uso do DDT para a eliminação de insetos transmissores de doenças como a malária, forjou um ambiente de "otimismo sanitário", marcado pela crença de que a ciência e as novas tecnologias seriam capazes de erradicar as doenças, trazendo progresso. Consequentemente, aumentaram os investimentos nas infraestruturas sociais e econômicas locais, através de uma série de ações voltadas para o desenvolvimento e o bem-estar. Esse contexto, contudo, não alterou o fato de os interesses econômicos e políticos das nações industrializadas permanecerem como os principais componentes de sua intenção de transformar o Terceiro Mundo. Como salienta o autor, mesmo os "parceiros para o progresso" – governantes dos países pobres que apoiavam as políticas de desenvolvimento das nações ricas em seus países – permaneceram em uma situação bastante desigual em relação aos seus colegas dos países industrializados, com níveis de informação, conhecimento, tecnologia e especialização se movendo predominantemente do mundo desenvolvido para o subdesenvolvido. Packard, contudo, matiza essa situação, chamando a atenção para um ponto importante: o fato de os governantes dos países periféricos terem se apropriado do desenvolvimento para racionalizar políticas e programas nacionais.

Assim, mais do que um movimento de viés discursivo, o desenvolvimento também se expressou no terreno prático, por meio de projetos e ações. A transformação das ideias de desenvolvimento, então em voga, em medidas concretas foi realizada, em grande parte, por organizações internacionais de tipo funcional como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), a RSP e a OMS,[287] entre outras, que, ao irradiarem políticas e ações com o objetivo de universalizar o conhecimento científico em nome de melhorias das condições de vida, acabaram difundindo os benefícios do desenvolvimento econômico em escala mundial. O resultado desse processo foi a produção de uma série de saberes e normas, bem como formas de intervenção no mundo, que acabaram gerando o que

Escobar (1995: 9) chama de "aparato de desenvolvimento", responsável pelo estabelecimento de novos arranjos de conhecimento e poder, novas práticas, teorias e estratégias que passaram a pautar as relações entre os países centrais e os ditos periféricos nos campos da política, da sociedade, da cultura, da economia, da ciência e da saúde.

Packard (1997a: 97) situa o surgimento das ideias que procuravam articular desenvolvimento e saúde nos debates realizados em uma conferência sobre os problemas sanitários das indústrias instaladas nos países tropicais (Health Problems of Industries Operating in Tropical Countries), realizada na Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1950. Dentre os trabalhos apresentados na ocasião, ele destaca o do economista norte-americano Charles Edward Amory Winslow (1877-1957), cuja monografia intitulada *O Custo da Doença e o Preço da Saúde* (*The Cost of Sickness and The Price of Health*, em inglês) influenciou largamente a opinião oficial sobre a necessidade de controle das doenças tropicais. Na obra, Wislow (1951: 9) analisou a relação existente entre pobreza e doença que, na sua opinião, formavam um "círculo vicioso" no qual "homens e mulheres adoecem porque são pobres, empobrecem mais ainda porque estão doentes e ficam ainda mais doentes porque estão cada vez mais pobres". Ele afirmava que o projeto de criação de um mundo unido, que emergiu no pós-Segunda Guerra Mundial, não poderia ser concretizado enquanto existissem nações travadas em seu desenvolvimento pela pobreza e pela doença, duas condições que se reforçavam de maneira recíproca.

De acordo com Wislow (1951), o "círculo vicioso de pobreza e doença" só poderia ser rompido mediante uma análise dos problemas sanitários que mais afligiam cada país em particular e a execução de programas de assistência técnica, nos quais as regiões mais prósperas do mundo colaborariam com aquelas que se encontravam em um estágio inferior de desenvolvimento. Entre as medidas urgentes que deveriam ser adotadas concernentes à área do saneamento, ele cita o controle dos vetores das enfermidades. Wislow destaca, no entanto, que os objetivos dos programas sanitários de meados do século XX não deveriam se limitar ao combate a enfermidades transmissíveis específicas. À medida que as principais doenças de caráter epidêmico ou endêmico graves estivessem sendo dominadas, os planificadores dos programas de higiene e os administradores sanitários deveriam direcionar os seus esforços para a elevação geral do nível de vida. Dentre os objetivos que um moderno programa de saúde pública devia ter, então, ele destaca a higiene pessoal, a nutrição, a temperatura do ambiente,

o planejamento das habitações humanas, higiene industrial e higiene mental, problemas universais que não somente ficam mais claros em cada caso de enfermidade, como impactam diretamente sobre a eficácia de um programa de saúde pública.

Wislow sublinha que melhorias na situação econômica geravam consequências importantes no campo da saúde, na medida em que incidiam sobre a pobreza e conseguiam atenuar o peso imposto pelas enfermidades evitáveis. Na sua opinião, os sanitaristas tinham que se dar conta das repercussões positivas que a prosperidade econômica exerce sobre a saúde pública. Ele afirma que, "em uma determinada região, o aumento das fontes de energia ou a melhoria nos transportes podem fazer tanto pela saúde pública como a construção de mais clínicas e hospitais" (Wislow, 1951: 83). Assim, de acordo com o economista, não basta que o administrador sanitário desenvolva o melhor programa em sua própria esfera de atuação; é necessário que ele se articule também com especialistas em agricultura, em indústria, em economia e em educação, e integre o seu plano sanitário específico a um projeto total de reconstrução social e econômica. A complexidade e o volume de recursos que tal iniciativa exige levaram à elaboração de um programa mundial de cooperação mútua para desenvolver essas regiões, denominado Assistência Técnica, com o qual se visava solucionar "os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário e promover níveis de vida mais elevados, trabalho permanente para todos e condições de progresso e desenvolvimento econômico e social" (Wislow, 1951: 85).

Contudo, conforme sustenta Finnemore (1996), a relação entre desenvolvimento econômico e melhorias nas condições de vida das populações não ocorreu de forma imediata, tampouco homogênea. Ao analisar o processo que fez com que o tema da redução da pobreza fosse incluído na agenda internacional do desenvolvimento, a autora argumenta que foi somente nas décadas de 1960 e 1970 que essa temática se tornou central. Até então, o combate à pobreza era visto como uma consequência secundária àquelas que se constituíam nas principais metas dos planos e projetos de desenvolvimento então em curso, quais sejam: o crescimento econômico, a modernização da infraestrutura e o aumento do produto interno bruto (PIB) dos países periféricos. De acordo com a autora, a renovada preocupação com a pobreza e as políticas sociais foi antecipada por importantes eventos. O primeiro deles teria sido uma maior preocupação por parte do governo norte-americano com temas de política social,

sobretudo a pobreza, a partir dos anos 1960. Em segundo lugar, ela aponta a elaboração, por parte de alguns economistas do desenvolvimento, como o sueco Karl Gunnar Myrdall (1898-1987), então secretário executivo da Comissão Econômica para a Europa, de análises críticas sobre os processos tradicionais de modernização econômica que, na opinião desses, não teriam alterado substancialmente as condições de vida das populações dos países periféricos (Finnemore, 1996).

Myrdall foi o responsável pela formulação da ideia de que a saúde era um bem de valor econômico e que investimentos em "capital humano" eram fundamentais para o desenvolvimento das nações, sobretudo as mais pobres, pois contribuiriam para quebrar o que Wislow chamou de "círculo vicioso da doença e da pobreza" e que ele designava de "princípio dos efeitos cumulativos", ou seja, os efeitos recíprocos de todos os fatores sociais, que se reforçariam mutuamente. De acordo com esse princípio, as precárias condições de saúde da população dos países periféricos estariam na raiz da pobreza e do subdesenvolvimento, pois, através de um processo cumulativo, operariam um rebaixamento contínuo em todos os níveis, constituindo-se no fator negativo inicial que era, ao mesmo tempo, causa e efeito de todos os outros fatores negativos (Myrdall, 1952).

A teoria de Myrdall sobre a importância econômica da saúde pressupunha, por exemplo, que, se o estado sanitário da população de uma determinada região sofre uma alteração, mudanças também ocorrerão em todos os outros fatores, provocando uma série de reações no curso das quais as transformações impressas pela ação de um fator serão continuamente reforçadas pelas reações de todos os demais. Desse modo, o conjunto do sistema se modificará no sentido da variação inicial, seja ela positiva ou negativa. Especificamente no caso do princípio dos efeitos cumulativos, existe uma situação na qual as forças em jogo atuam no sentido de um rebaixamento geral do nível de vida. Os efeitos de uma melhoria, contudo, são igualmente cumulativos, ou seja, um avanço nas condições de saúde da população impacta positivamente todos os demais indicadores sociais. Nesse sentido, para que os resultados de um plano de desenvolvimento sejam satisfatórios, os esforços devem ser distribuídos igualmente entre os diversos elementos *em jogo* no sistema social, ainda mais se o objeto dessa política forem os países insuficientemente desenvolvidos, nos quais existe um conjunto de condições de vida desfavoráveis e interdependentes. Desse modo, para Myrdall, todo esforço de melhoria permanente dos níveis de saúde deverá integrar-se a uma política de amplas reformas

sociais e econômicas, de tal modo que as mudanças ocorridas se apoiem umas nas outras. Ele defende "uma verdadeira revolução na estrutura econômica, social, política e administrativa" de um grande número de países insuficientemente desenvolvidos e a necessidade de pesados investimentos em educação de base, como condições prévias para um progresso real e permanente em qualquer domínio (Myrdall, 1952: 6-7).

A atmosfera de "otimismo sanitário" que se respirava no pós-Segunda Guerra Mundial e as ideias expressas por homens como Wislow e Myrdall contribuíram para o estabelecimento de um vínculo entre saúde e desenvolvimento, mediante o qual a saúde pública foi alçada a uma posição de destaque na consecução da meta do crescimento econômico, constituindo-se em uma importante ferramenta para a erradicação de doenças que debilitavam os trabalhadores dos países periféricos e contribuíam para a pobreza dessas regiões. Ambos os autores destacam que, do ponto de vista econômico, as reformas sanitárias em curso não teriam utilidade se não fossem acompanhadas pelo desenvolvimento econômico.

Com base no conceito de ciclo vicioso de pobreza e doença, disseminou-se, então, a crença de que investimentos em saúde pública e educação sanitária seriam capazes de erradicar doenças e promover o desenvolvimento. Assim, no pós-Segunda Guerra Mundial, foi gestado um ambiente propício à disseminação da filosofia erradicacionista de Soper que, no entanto, não pressupunha uma relação direta entre saúde e desenvolvimento. A RSP e OMS são uma parte importante desse cenário, na medida em que serviriam de esteio, respectivamente, para a implementação de campanhas de erradicação de doenças, como a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* e o Programa de Erradicação da Malária.

Na qualidade de principal organismo internacional especializado nas Américas e integrante, ao mesmo tempo, do sistema interamericano e das Nações Unidas, a RSP teria um papel de destaque no processo de produção de uma política regional de saúde, inscrita nos marcos da cooperação internacional para o desenvolvimento. Em meio ao surgimento de novas organizações internacionais no pós-Segunda Guerra Mundial, o organismo sanitário interamericano já gozava de legitimidade institucional e de um equilíbrio orçamentário. Tal situação não impediu, contudo, que uma série de tensões permeasse a sua relação inicial com a recém-criada OMS.

Desse modo, na seção a seguir, analisarei o surgimento da OMS – que acabou redefinindo o cenário da saúde internacional no pós-Segunda Guerra Mundial – e o estabelecimento de suas relações com a RSP.

## A Reorganização do Campo da Saúde Internacional e a Criação da OMS

A mais significativa organização internacional criada no pós-Segunda Guerra Mundial foi a Organização das Nações Unidas (ONU), concebida para assumir o lugar da finada Liga das Nações. A derrota dos países do Eixo (Alemanha, Japão e Itália) em 1945 deixou os Estados Unidos na condição de poder dominante, talvez hegemônico, no Ocidente. Esse país, então, empenhou todo o seu prestígio e recursos financeiros na criação da nova organização e de toda uma constelação de agências técnicas especializadas a ela vinculadas. A ONU, diferentemente de sua antecessora, atendia aos interesses políticos do governo norte-americano, que a considerava uma ferramenta fundamental para garantir a segurança coletiva e o equilíbrio de poder em um mundo que já estava dividido em dois campos políticos opostos (Mazower, 2009).

A criação de uma organização internacional voltada para a saúde não constava da agenda da Conferência sobre Organização Internacional, realizada em São Francisco, na Califórnia, de abril a junho de 1945, que contou com a participação de cinquenta países e aprovou a *Carta das Nações Unidas*. Entretanto, uma proposta com o objetivo de criar tal organização foi apresentada conjuntamente pelo brasileiro Geraldo Horácio de Paula Souza – professor do Instituto de Higiene da Universidade de São Paulo – e pelo médico chinês Szeming Sze – chefe de assuntos asiáticos da Divisão de Saúde da Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas (UNRRA).[288] A trajetória de Paula Souza se confunde com a luta pela criação de instituições e serviços de saúde e pela formação de profissionais da saúde pública nos planos local, nacional e internacional.

Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951) diplomou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1913. Entre 1918 e 1920, ele participou do primeiro curso da então recém-inaugurada Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, no estado de Maryland, graças a uma bolsa concedida pela Fundação Rockefeller. De volta ao Brasil, Paula Souza assumiu a cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMCSP), que havia sido criada em 1917, mediante um acordo firmado entre Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da Faculdade de Medicina, e Richard Pearce, diretor da Divisão de Educação Médica da Fundação Rockefeller (1919-1929).

A cátedra de Higiene seria o núcleo inicial do Instituto de Higiene de São Paulo, uma tentativa da Fundação Rockefeller de estabelecer no Brasil um centro de ensino e pesquisa em higiene e saúde pública nos moldes da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Paula Souza liderou as negociações com o governo paulista que culminaram no decreto n. 2.018 de 26 de dezembro de 1924, oficializando a criação do Instituto, que começou a funcionar em 5 de janeiro de 1925, sob a sua direção e ainda vinculado à Faculdade de Medicina. Nesse mesmo ano, Paula Souza e Borges Vieira apresentaram à Fundação Rockefeller um plano de expansão das atividades do Instituto, que pressupunha a construção de um prédio próprio, a criação de laboratórios e a compra de todos os equipamentos necessários. A Fundação Rockefeller concordou com o plano, disponibilizando verbas substanciais para a sua concretização. Com a criação da Universidade de São Paulo (USP) em 1934, o Instituto de Higiene foi transformado em Escola de Saúde Pública, por iniciativa de seus diretores Paula Souza e Borges Vieira, já visando a sua incorporação à USP, o que ocorreria em 1945, mediante o decreto-lei n. 14.857, com a Escola passando a se chamar Faculdade de Higiene e Saúde Pública (Santos, 1975; Candeias, 1984; Vasconcellos, 1995; Faria, 2007).

No plano internacional, a trajetória de Paula Souza teve início em 1927, quando ele assumiu a função de técnico da Seção de Higiene da Liga das Nações. Desta data até 1929, o médico brasileiro visitou diversos países da Europa e do norte da África, dedicando-se principalmente ao diagnóstico e ao combate à febre amarela e à malária (Rodrigues, 2008). Em 1943, ele viajou para Washington D.C. para assumir a vice-presidência da Associação Americana de Saúde Pública (American Public Health Association – APHA), cujo advento, em 1872, foi um marco da profissionalização da saúde pública nos Estados Unidos (Duffy, 1990).[289] Em 1945, Paula Souza integrou a delegação brasileira enviada à Conferência de São Francisco, ocasião em que apresentou, em conjunto com a delegação chinesa, uma proposta para a criação do que viria a ser a OMS.

A proposição de Paula Souza foi explicitada em um panfleto apresentado na Conferência de São Francisco pelo ministro das Relações Exteriores do Brasil, José Carlos de Macedo Soares, o que evidencia a importância da proposta para a política externa brasileira (Souza, 1948). Nele, Paula Souza descrevia a saúde como um elemento fundamental para a construção de relações internacionais sólidas e duradouras: “a saúde (...) é uma arma poderosa que devemos usar cada vez mais para chegarmos a

um melhor entendimento entre as nações e os povos".[290] Nessa perspectiva, um memorando elaborado pela delegação brasileira na Conferência assinalava que "a medicina é um dos pilares da paz" e que a saúde não devia ser considerada uma mera consequência de melhorias nas condições econômicas e sociais da população, mas sim um meio para alcançá-las.[291] Em sua justificativa para a criação de um organismo internacional de saúde sob os auspícios da ONU, Paula Souza defendeu que só uma entidade como essa seria capaz de reconstruir os sistemas de saúde pública em toda a Europa, devastados pela guerra, e combater a ameaça mundial da malária, da peste, do cólera e da febre amarela. A delegação brasileira propôs, então, em conjunto com a delegação chinesa, a convocação de "uma Conferência Geral com o objetivo de estabelecer uma organização internacional de saúde [que poderia ser] relacionada com o Conselho Econômico e Social". Essa conferência também deveria dar atenção especial ao "relacionamento e aos métodos de associação dessa organização com outras instituições, tanto nacionais quanto internacionais, já existentes (...) no campo da saúde".[292]

Como argumenta Siddiqi (1995: 56), a proposição de Paula Souza e Sze foi largamente influenciada pelo progresso científico ocorrido durante a Segunda Guerra Mundial. O desejo de estabelecer uma paz firme e duradoura vinha acompanhado da expectativa de ver, pela primeira vez, a ciência desempenhando um maior papel na construção dessa paz. Nesse contexto, a OMS representou a emergência de uma nova perspectiva em saúde pública. De acordo com Stepan (2011), a sua criação refletiu tanto a urgência das necessidades sanitárias de um grande número de refugiados existente no fim da guerra quanto uma maior consciência das possibilidades abertas pela aplicação de novas técnicas, medicamentos, inseticidas – da ciência em geral – de melhorar a sorte da humanidade.

Em resposta à proposição do Brasil e da China, uma Comissão Técnica Preparatória foi organizada pelo Conselho Econômico e Social da ONU (United Nations Economic and Social Council – ECOSOC), com o objetivo de elaborar a agenda da Conferência. A Comissão era composta de 16 especialistas em saúde pública de renome internacional. Dentre eles destacavam-se o belga René Sand – eleito presidente da Comissão – Andrija Stampar, da antiga Iugoslávia, Brock Chisholm, do Canadá, que viria a se tornar o primeiro diretor-geral da OMS, e Thomas Parran, cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Entre 18 de março e 5 de abril de 1946, a Comissão realizou mais de vinte reuniões em Paris, que resultaram no esboço de uma agenda e em uma série de

propostas e resoluções a serem examinadas. Essas reuniões contaram com a participação também, na qualidade de observadores, de representantes das quatro organizações internacionais de saúde então existentes: a Repartição de Paris (Office International d'Hygiene Publique), a Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas (United Nations Relief and Rehabilition Administration – UNRRA), a Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN) e a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSP), que enviou o seu diretor, Hugh Cumming, e o secretário da organização, Aristides Moll (Souza, 1948).

A proposta de criação de uma organização internacional voltada para a saúde começou a ganhar corpo na Conferência Internacional de Saúde – que se constituiu no primeiro congresso internacional realizado sob os auspícios da ONU – promovida entre 19 de junho e 22 de julho de 1946, em Nova York. O norte-americano Thomas Parran presidiu a Conferência, que contou com a participação de países do mundo inteiro, tanto os vitoriosos quanto os derrotados na Segunda Guerra Mundial, assim como aqueles que se mantiveram neutros. Os itens de destaque da extensa agenda da Conferência eram a adoção de uma Constituição para a futura Organização Mundial da Saúde (denominação aprovada durante as discussões na Comissão Técnica Preparatória); a definição do *status* futuro das organizações sanitárias internacionais então existentes; a formação de uma comissão interina para organizar a I Assembleia Mundial da Saúde – que deveria estabelecer formalmente a OMS – e para exercer as funções mais urgentes dentre aquelas que caberiam à nova organização, até que a Assembleia se reunisse (Interin Commission & World Health Organization, 1946). A Comissão Interina foi composta de delegados de 18 países, entre os quais cinco das Américas – Brasil, Venezuela, Peru, Estados Unidos e México – e realizou cinco reuniões. Além das funções para as quais havia sido criada, a Comissão foi instada a recomendar possíveis sedes para a nova organização de saúde. As cidades recomendadas foram Nova York, Paris e Genebra, sendo esta última a cidade escolhida durante a I Assembleia Mundial da Saúde (Cueto, 2007a). Tal decisão evidenciava uma tentativa de aproveitar a experiência da organização que a precedeu, na medida em que, como argumenta Stepan (2011: 113), "a OMS, em suma, foi uma transmutação da Organização de Saúde da Liga das Nações no novo cenário do pós-guerra. Ela manteve a sua sede em Genebra e os funcionários da OSLN foram transferidos para a OMS".[293]

A OMS foi idealizada para centralizar as decisões e atividades relacionadas ao campo da saúde internacional, de modo que as organizações sanitárias internacionais existentes antes da Segunda Guerra Mundial deveriam ser substituídas ou absorvidas por ela. Nesse sentido, a Conferência Internacional de Saúde aprovou um protocolo recomendando a extinção da Repartição de Paris. Ela também havia transferido as funções remanescentes da OSLN para a comissão provisória. A UNRRA, por sua vez, teve as suas atividades de assistência e reabilitação na Europa suspensas em junho de 1947 e as suas demais funções foram assumidas pelas agências especializadas da ONU (Interin Commission & World Health Organization, 1946). Desse modo, como destaca Cueto (2007a), a principal questão a ser resolvida era o destino da única organização regional de saúde existente: a RSP.

Criada em 1902, com o nome de Repartição Sanitária Internacional, a RSP era a mais antiga organização sanitária internacional existente e desempenhava um papel de destaque no campo da saúde pública nas Américas. Durante décadas, ela havia sido bem-sucedida na tarefa de criar um ambiente institucional no qual médicos, autoridades sanitárias e ministros da Saúde das repúblicas americanas trocavam informações epidemiológicas e discutiam as principais questões de saúde pública do continente. Seu periódico, o *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana* (*BOSP*), rapidamente se constituiu no principal veículo difusor das novas ideias, descobrimentos, programas, acontecimentos, trabalhos e esforços no campo sanitário nas Américas.[294] Em suma, a RSP havia contribuído para despertar nas nações do continente um sentimento de pertencimento a uma comunidade distinta de especialistas em saúde pública que os seus membros não estavam dispostos a dissolver.

Nesse contexto, Hugh Cumming, diretor da RSP, já havia manifestado a sua intenção de que os organismos de saúde regionais fossem preservados dentro de uma organização internacional mais ampla durante as discussões travadas na Comissão Técnica Preparatória, no início de 1946. O seu modelo acabaria prevalecendo quando da elaboração da Constituição da OMS pela Conferência Internacional de Saúde, realizada nesse mesmo ano. O artigo 54 do documento reconhecia a autonomia da RSP, ao mesmo tempo que definia a sua integração à OMS (Parran, 1958). A decisão final, no entanto, caberia à I Assembleia Mundial da Saúde, que foi realizada em Genebra, em junho de 1948. Enquanto isso, termos como absorção e liquidação de todas as organizações de saúde existentes continuaram frequentemente empregados. Para muitos especialistas em saúde na Europa e na Ásia, a

OMS só seria de fato uma organização internacional se todas as organizações sanitárias preexistentes fossem extintas, incluindo a RSP (Cueto, 2007a).

Nas Américas, a direção da RSP e os países-membros acompanhavam com atenção as discussões travadas na Comissão Técnica Preparatória, criada na Conferência de São Francisco, em 1945, e na Conferência Internacional de Saúde, em 1946, que encarregou a Comissão Interina da OMS de organizar a I Assembleia Mundial da Saúde. Embora não houvesse um consenso, prevalecia entre os latino-americanos a convicção de que a RSP deveria ser autônoma. Cueto (2007a) destaca que muitos deles acreditavam que os europeus desconheciam a exitosa tradição de cooperação sanitária interamericana, construída não apenas em parceria com a RSP, como também com a Fundação Rockefeller e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) em projetos cuja escala, investimento e realizações eram considerados impressionantes para a época. Uma evidência dessa cooperação entre as repúblicas americanas na área da saúde foi a elaboração, em 1924, do Código Sanitário Pan-Americano, o primeiro acordo do gênero e também o primeiro tratado internacional a ser ratificado por todos os 21 países-membros da União Pan-Americana.[295]

Stepan (2011) também ressalta as preocupações dos países da América Latina com o destino da RSP após a criação da OMS. A autora afirma que, no contexto do pós-guerra, com a Europa devastada, massas de refugiados e muitos países do continente necessitando de ajuda, os latino-americanos temiam especialmente que as necessidades sanitárias da região ficassem em segundo plano, subordinadas àquelas da Europa, caso a RSP viesse a desaparecer. A intenção de manter o organismo interamericano de saúde intacto também era compartilhada pelos Estados Unidos, cuja influência e recursos eram dominantes na nova organização. Além disso, dois outros fatores teriam concorrido, na opinião de Stepan, para conferir à RSP uma identidade particular e para criar uma ideia de que as Américas estavam combatendo as doenças. Primeiro, a longa presença da Fundação Rockefeller no cenário da saúde pública latino-americana e, em segundo lugar, o papel desempenhado pelo IAIA que, conforme discutido anteriormente, fora criado em 1942 como um organismo de emergência em tempos de guerra, ligado ao Departamento de Estado Norte-Americano, com o objetivo de implementar os Acordos de Washington, promover a saúde entre os países da região e combater a propaganda nazista no continente.

As incertezas quanto ao futuro do organismo interamericano de saúde, contudo, permaneceram até o início de 1947, quando ocorreu a XII

Conferência Sanitária Pan-Americana, considerada histórica no cenário da saúde pública do continente. A Conferência foi realizada em Caracas, entre 12 e 24 de janeiro daquele ano, e contou com a participação de representantes de cada um dos 21 países-membros da RSP, bem como de observadores do Canadá, Guiana Inglesa, Jamaica e Trinidad e Tobago e de nações europeias que tinham interesses e/ou colônias na região, tais como a França (Guiana Francesa, Martinica e Guadalupe) e a Holanda (Guiana Holandesa e Curaçao). A delegação norte-americana, chefiada por Parran, era uma das maiores da Conferência, totalizando 13 membros. O Brasil, por sua vez, enviou três representantes: João de Barros Barreto, Almir de Castro e Augusto Leopoldo Ayroza Galvão. A Conferência também contou com um número recorde de observadores, dentre os quais se destacavam Paula Souza, como membro da Comissão Interina da OMS, quatro representantes da Fundação Rockefeller e o número expressivo de 24 representantes do IAIA, incluindo-se Eugene P. Campbell, chefe do grupo de campo do IAIA no Brasil (OSP, 1947). A diferença entre o número de observadores da Fundação Rockefeller e o do IAIA evidencia, a um só tempo, uma transição entre as duas organizações na implementação de programas sanitários no continente, o crescente interesse do governo norte-americano no campo da saúde internacional e a importância das discussões que seriam travadas na capital da Venezuela. Como afirma Cueto (2007a: 107): "todos os presentes tinham plena consciência de que estava em jogo nada menos do que o futuro da organização".

Os trabalhos da Conferência se desenvolveram, pela primeira vez, com base em comissões e relatórios. Os delegados de cada uma das 21 repúblicas americanas representadas foram divididos em nove comissões, sendo uma delas extraordinária (Código Sanitário Pan-Americano) e uma especial (Reorganização da Repartição Sanitária Pan-Americana). Os sete temas das demais comissões evidenciam as principais preocupações dos países do continente no campo da saúde, quais sejam: a organização dos serviços sanitários (serviços nacionais, serviços regionais e serviços locais); relações entre o Seguro Social e os Serviços de Saúde Pública; zoonoses transmissíveis ao homem; regulamentação de drogas e alimentos; epidemiologia da tuberculose e novas aquisições em matéria de luta antituberculosa; controle de enfermidades venéreas; problemas sanitários do pós-guerra, especialmente os que se referiam às migrações. É interessante observar que a febre amarela não figurava na agenda da Conferência de Caracas, em cuja ata final não se menciona a doença uma única vez (OSP, 1947).

Os debates sobre o destino da RSP após a criação da OMS deram a tônica da XII Conferência Sanitária Pan-Americana. Um boletim distribuído aos delegados contendo entrevistas e discursos dos participantes nos dá um panorama das duas posições existentes sobre o tema. De um lado, temos a postura de Hugh Cumming, que era radicalmente contra a absorção do organismo que dirigia pela OMS. Na sua opinião, tal fato se constituiria em uma interferência abusiva nos assuntos sanitários do continente e em uma afronta a uma organização que remontava ao início do século XX e que, desde então, havia adquirido uma importância crescente como defensora da saúde no continente. Cumming afirmava que, caso a OMS viesse de fato a absorver a RSP, esta seria "desfigurada, diminuída, destruída, e transformada de estrela luminosa numa lua nova". Ele acreditava que a relação entre a RSP e as suas congêneres europeias deveria se basear estritamente na cooperação e que, qualquer outra opção seria uma intromissão indevida. Em sua retórica em defesa da autonomia do organismo sanitário interamericano, Cumming também mobilizou a delicada questão do colonialismo ao afirmar que "o imperialismo nunca levantou sua cabeça hedionda entre nós".[296]

Posição contrária à de Cumming foi expressa por Thomas Parran. Chefe da delegação norte-americana na XII Conferência Sanitária Pan-Americana e cirurgião-geral do Serviço de Saúde do Estados Unidos, Parran tinha desempenhado papéis importantes nas reuniões que antecederam a criação da OMS e estava convencido da importância não apenas desta como das demais agências especializadas da ONU. Na Conferência de Caracas, ele defendeu que os delegados das repúblicas americanas deveriam considerar a possibilidade de uma dupla filiação, ou seja, tanto à OMS quanto à RSP. Ele alertou ainda que, caso os países do continente optassem por um sistema especial, estariam incentivando outras nações a fazer o mesmo, isto é, a criar blocos regionais, o que enfraqueceria tanto a ONU quanto a OMS.[297]

Os representantes latino-americanos presentes na Conferência de Caracas dividiram-se entre as posições de Cumming e Parran. Alguns, como os argentinos e os peruanos alinharam-se com Cumming, defendendo que a autonomia da RSP deveria ser preservada. O peruano Carlos Enrique Paz Soldán sintetizou a posição deste grupo ao defender a manutenção da "soberania das Américas na saúde pública", diante da ameaça de uma "dependência sanitária" (Paz Soldán, 1949). Por sua vez, brasileiros e venezuelanos, por exemplo, apoiaram Parran. Um artigo publicado no boletim da Conferência chegou até mesmo a classificar o

ideal pan-americano como "uma autocracia indefensável na saúde pública", argumentando que "o Brasil está mais próximo da África que do Peru [de modo que] não existe nada que se possa chamar de estilo americano ou estilo asiático de combater doenças infecciosas ou promover a saúde".[298] Em plena vigência da *política da boa vizinhança*, Parran e os norte-americanos, certamente, não compartilhavam dessa opinião.

Em meio às controvérsias, na resolução final da XII Conferência Sanitária Pan-Americana salientou-se a importância da OMS e recomendou-se aos países latino-americanos que aderissem à nova organização, pois "a Organização Sanitária Pan-Americana [nova designação para a RSP adotada nesta ocasião] (...) continuará a funcionar com seu caráter continental (...) e atuará como Comitê Regional e Escritório Regional da OMS no Hemisfério Ocidental". Pela resolução aprovada, as Conferências e a Repartição Sanitária Pan-Americana manteriam os seus nomes, os quais seriam seguidos, respectivamente, das designações "Comitê Regional da OMS" e "Escritório Regional da OMS". A Repartição, inclusive, como forma de conservar a sua identidade, funcionaria como Secretaria Executiva da Organização Sanitária Pan-Americana (OSP). A Conferência de Caracas também autorizou o Conselho Diretor a analisar e definir melhor as relações entre a agora designada OSP e a OMS.[299]

## A Eleição de Fred Soper para a Direção da OSP e as Negociações com a OMS

Outro acontecimento importante na Conferência de Caracas, decisivo, inclusive, para o estabelecimento da relação entre a OSP e a OMS e de seu papel no novo cenário sanitário internacional, foi a eleição unânime de Fred Soper para a direção do organismo de saúde interamericano, no lugar de Hugh Cumming (OSP, 1947). Soper soube dos planos para a criação da OMS e das discussões em torno dos termos sob os quais a OSP deveria ser incorporada à nova organização no verão de 1946, quando realizava um *tour* pelas instituições de saúde dos Estados Unidos. Em Washington D.C, ele se encontrou com Cumming e Parran. Foi nessa ocasião que surgiu a ideia de sua candidatura para o cargo máximo da OSP. Na época, a organização dispunha de um reduzido orçamento para implementar projetos de saúde no continente, tinha um corpo de funcionários permanentes pequeno, e a continuidade de sua existência no futuro permanecia incerta. Apesar dessa situação, Soper se interessou pelo cargo (Soper & Duffy, 1979).

Sob a direção de Soper, as atividades da OSP se expandiram consideravelmente, e a organização cresceu em tamanho e importância. Ele levou muitos especialistas em saúde pública latino-americanos para o organismo sanitário interamericano, entre os quais o brasileiro Marcolino Gomes Candau (1911-1983), que havia trabalhado sob a sua direção no Brasil, na campanha de erradicação do *Anopheles gambiae* empreendida no Nordeste do país em 1939-1940. Em 1951, quando era subdiretor-geral da OMS em Genebra, Candau foi convidado por Soper para o cargo de diretor adjunto da OSP, no lugar do também brasileiro Paulo C. Antunes, que havia deixado o posto para assumir a função de diretor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tendo aceitado o cargo, Candau pôde trabalhar novamente com Soper por um breve período, dessa vez na OSP, até ser nomeado, em 1953, o segundo diretor-geral da OMS, uma posição que ele ocupou por vinte anos (1953-1973) (Stepan, 2011).

Soper também levou para a direção da OSP uma vasta experiência em saúde internacional, sobretudo na América Latina, onde havia passado 23 dos seus 27 anos de trabalho no campo sanitário, como membro da DSI da Fundação Rockefeller. Ele fora enviado para a região em 1920, logo após se diplomar em medicina pela Universidade de Chicago, lá permanecendo até 1942, participando de campanhas sanitárias contra enfermidades como a ancilostomíase, a malária e a febre amarela. Após um período de quatro anos na Europa combatendo o tifo e a malária no Egito, na Argélia e na Itália, Soper retornava às Américas, agora como dirigente máximo do mais antigo e importante organismo internacional de saúde da região (Waserman, 1975; Cueto, 2007a).

Na época de sua eleição, ele e outros funcionários da Fundação Rockefeller especializados em saúde pública estavam migrando para as novas organizações internacionais. A razão para esse fato se encontra no fim da década de 1940, quando a instituição filantrópica norte-americana mudou o foco dos seus programas, passando a se concentrar no desenvolvimento agrícola e na chamada Revolução Verde, cujo objetivo era aumentar a produção de alimentos nutritivos. Esse processo acabaria contribuindo para a decisão da Fundação Rockefeller de fechar a sua DSI em 1951, uma medida que, de acordo com Cueto (2007a: 110), "aumentou a estatura e o reconhecimento da Repartição Sanitária Pan-Americana, bem como sua capacidade de atrair recursos humanos valiosos, a exemplo de Fred L. Soper".

Até a eleição de Soper, todos os diretores da OSP, desde a sua criação, em 1902, haviam sido norte-americanos e tinham acumulado o cargo com o de cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, o que corroborava a crença de que a organização nada mais era do que um apêndice desse Serviço. Embora fosse norte-americano, Soper se tornaria o primeiro diretor da organização a não ocupar também o cargo de cirurgião-geral. Parece que com a criação do IAIA alguns anos antes e naquele contexto específico do pós-Segunda Guerra Mundial, o governo norte-americano optou por não mais misturar os dois cargos. Vivia-se, então, sob a égide da *política da boa vizinhança* e assistia-se aos primórdios da Guerra Fria. Nesse cenário, os Estados Unidos buscavam a colaboração dos demais países das Américas através das vias político-diplomática, econômica e cultural sem, no entanto, lançar mão de seu poderio militar. A figura de Soper adequava-se perfeitamente a esse novo contexto. Dos especialistas norte-americanos em saúde, ele era o mais *latino-americanizado*, com mais de duas décadas de serviços prestados à saúde pública na América Latina. Além disso, falava português e espanhol fluentemente e tinha muitos amigos, colegas e admiradores de seu trabalho na região. Não é de se espantar que os Estados Unidos tenham apoiado a sua candidatura à direção da OSP. Soper também tinha fortes vínculos com a Fundação Rockefeller que, por sua vez, tinha todo um histórico de cooperação em campanhas sanitárias com os países da região. Essa ligação era tão forte que a Fundação concordou em pagar o seu salário no primeiro ano de mandato (Cueto, 2007a).

A trajetória de Soper é um exemplo daquilo que recentes estudos no campo historiográfico na Europa e nos Estados Unidos designam identidade *transnacional*. O conceito de transnacionalidade é aplicado como forma de relativizar as fronteiras nacionais e a ideia de Estado nacional sem, contudo, descartá-las. Na perspectiva transnacional, então, não se ignora a existência do Estado e dos condicionantes nacionais, mas se procura ressaltar outras lealdades além daquelas advindas do pertencimento à nação. Assim, a atuação de Soper não pode ser analisada única e exclusivamente por sua condição de "norte-americano". A sua identidade no campo da saúde pública foi forjada na transnacionalidade, ou seja, no diálogo e nas interações que ele estabeleceu com os latino-americanos em geral, e os brasileiros em particular, o que lhe permitiu, como diretor da OSP, recrutar para o organismo sanitário interamericano profissionais com os quais havia negociado, trabalhado e interagido no período em que atuou nas Américas como membro da DSI da Fundação Rockefeller.

A identidade transnacional de Soper configura-se, então, como uma instância formada pelas relações, interações, circulação, interdependência e diálogos, em um circuito que envolve pessoas, recursos, tecnologias e material biológico (espécimes de mosquitos, amostras de fígado, lâminas e inquéritos epidemiológicos), que extrapolam as fronteiras de nacionalidade e que, portanto, não podem ser dedutíveis dela, constituindo o que tem sido designado "ciência transnacional" (Crawford, Terry & Sorlin, 1993: 1).

O transnacional é, portanto, um todo, cuja inteligibilidade vai além da soma das partes. A circulação de pessoas, ideias e objetos – que é, a um só tempo, material e intelectual – cria algo novo que, no pós-Segunda Guerra Mundial, é capitalizado pelos fóruns e agências internacionais que estão emergindo. Isso também acontece com os indivíduos que, como Soper e tantos outros, formam e são formados nesse processo. De acordo com Clavin (2005: 421-422), o transnacionalismo, apesar de sua identificação inicial com a transferência ou o movimento de dinheiro e bens está, antes de tudo, relacionado a pessoas: "o espaço social que elas vivem, as redes que elas formam e as ideias que trocam". Ao se envolverem em atividades internacionais, os atores nacionais se constituem ou se inserem em "redes transnacionais", que possibilitam uma maior interação entre eles e o fortalecimento de suas posições no âmbito nacional. A autora utiliza a metáfora das colmeias (*honeycombs*) para sustentar que o transnacionalismo é melhor compreendido não como a promoção de redes limitadas, mas sim como uma estrutura que sustenta e se conforma às identidades dos Estados nacionais, de instituições locais e internacionais e de espaços geográficos e sociais particulares. Uma colmeia vincula, mas também tem espaços ocos, onde organizações, indivíduos e ideias podem definhar e ser substituídos por novos grupos, pessoas e inovações.

A identidade transnacional de Soper contribuiu para conferir novos rumos à OSP. A sua gestão (1947-1958) assinalou o início de uma fase de transição para a organização, na qual os projetos e interesses dos países da América Latina no campo da saúde internacional passaram a ter uma maior presença em suas instâncias deliberativas. Esse processo de *latino-americanização* culminaria, em 1958, com a eleição do chileno Abraham Horwitz para a direção da OSP, o que fez dele o primeiro latino-americano a assumir o cargo nos mais de cinquenta anos de história do organismo sanitário interamericano.[300]

Soper assumiu a direção da OSP ciente de que muitos latino-americanos, assim como ele próprio, desejavam que a organização

mantivesse a sua autonomia. Tal intenção devia-se não apenas à desconfiança de que a OMS colocaria os interesses europeus em primeiro lugar como também ao receio de que a nova organização tivesse um caráter burocrático, com muitos comitês "proferindo opiniões pontifícias", ou gastando o seu tempo "patrocinando viagens de higienistas de uma parte do mundo para outra". Na opinião de Soper, esses foram os principais equívocos da OSLN. O seu receio era de que a OMS pudesse repeti-los.[301] O perfil da nova organização, contudo, estava prestes a ser definido.

A I Assembleia Mundial da Saúde, reunida em Genebra, em junho de 1948, estabeleceu oficialmente a OMS. Na ocasião, foi eleito para o cargo de primeiro diretor-geral da organização o médico Brock Chisholm, um psiquiatra canadense que havia sido diretor adjunto de Saúde em seu país antes da Segunda Guerra Mundial. Embora Chisholm desempenhasse, desde 1946, a função de secretário executivo da Comissão Interina da OMS, a sua escolha para a direção da organização, dentre muitos outros nomes, surpreendeu os presentes. Em um trabalho sobre o período do canadense à frente da OMS (1948-1953), Farley (2008) afirma que ele foi escolhido para o cargo porque era o que tinha o menor número de oponentes. No plano intelectual, Chisholm estava comprometido com as ideias do médico belga René Sand, a maior autoridade no campo da medicina social.[302] O primeiro diretor da OMS era um internacionalista, que queria associar a organização a grandes movimentos políticos como a paz mundial e o governo mundial. Entretanto, dados os limitados recursos que OMS dispunha em seus primeiros anos, bem como os numerosos pedidos de ajuda que recebia, foi o combate às doenças infecciosas que dominou as atividades da Organização nas duas primeiras décadas de sua existência.

Soper e Chisholm mantinham uma boa relação profissional e os contatos entre eles eram frequentes. Entretanto, os dirigentes máximos das duas organizações internacionais de saúde não tinham afinidade ideológica e discordavam em um grande número de questões. Cueto (2007a) argumenta que o estilo e a carreira de Chisholm diferiam dos de Soper. O diretor-geral da OMS havia estudado na Universidade de Yale e na Inglaterra, participou de combates na Primeira Guerra Mundial e, com o fim do conflito, passou a atuar como psiquiatra em Toronto, no Canadá. Além disso, a ligação de Chisholm com a tradição europeia da medicina social aproximava-o muito mais da equipe, das atividades e da concepção de saúde da OSLN do que das campanhas de saneamento e combate às doenças de feições militares, típicas dos Estados Unidos e de suas organizações sanitárias e filantrópicas,

que tanto haviam influenciado Soper. Este, por sua vez, não compartilhava do interesse de Chisholm em psicologia e medicina social e criticava o fato de o canadense não ter experiência na questão das doenças transmissíveis. As diferenças entre Soper e Chisholm talvez nos ajudem a compreender as divergências iniciais entre as organizações que dirigiam.

Às preocupações de Soper com a manutenção da autonomia da OSP somaram-se aquelas relacionadas ao orçamento da organização. Ele sabia que a independência de ação do órgão que dirigia dependia do volume de recursos que dispusesse para implementar programas e ações sanitárias no continente. Nesse sentido, a situação quando ele assumiu o cargo não era das melhores. O financiamento da OSP era baseado em contribuições dos países-membros, calculadas em relação ao tamanho da população de cada um deles. Frequentemente as despesas da organização eram maiores que os recursos arrecadados.

Rapidamente, contudo, Soper conseguiu aumentar substancialmente o orçamento da OSP, tornando-a uma organização mais ativa. A sua estratégia consistiu em negociar o aumento da contribuição para o organismo que dirigia diretamente com as autoridades de cada país-membro. Com isso, ele praticamente dobrou a contribuição dos Estados Unidos, por exemplo, e conseguiu persuadir países como o Brasil, o México e a Argentina a realizarem voluntariamente aportes adicionais substanciais. De acordo com Lima (2002), o orçamento da organização, que era de US$ 85.000 em 1947, quando Soper assumiu sua direção, atingiu o montante de US$ 1.300.000 no ano seguinte, graças ao estabelecimento de uma cota de contribuição para os países-membros de US$ 1,00 para cada mil habitantes e a contribuições voluntárias de Argentina (US$ 400.000), Brasil (US$ 260.000), Chile (US$ 1.900), República Dominicana (US$ 5.000), El Salvador (US$ 2.500), México (US$ 200.000), Venezuela (US$ 75.000) e Uruguai (US$ 50.000). Cueto (2007b) destaca que, em 1956, a OSP recebeu três milhões de dólares apenas dos Estados Unidos. O orçamento total da OMS, neste mesmo ano, foi de 13,4 milhões de dólares, o que nos dá uma dimensão do sucesso de Soper em garantir recursos para a organização. O quadro de funcionários da OSP também cresceu rapidamente sob a sua direção. Em 1946, a organização contava com apenas 32 funcionários. Esse número subiu para 171 em 1950 e 412 em 1954. Em 1959, ano em que Soper deixou a direção da OSP, o organismo sanitário interamericano tinha 750 funcionários, entre os quais médicos, cientistas, veterinários, enfermeiras e engenheiros sanitários.

Mais da metade deles estavam envolvidos diretamente em atividades de campo (Cueto, 2007a).

Como destaca Lima (2002), o aumento do orçamento da OSP com base na elevação das contribuições dos países latino-americanos foi um fator decisivo para a manutenção da sua autonomia. A autora argumenta que, diante da escassez de recursos da OMS, a capacidade de financiamento da organização interamericana pesou decisivamente na negociação entre as duas entidades. Cueto (2007a) afirma que o reduzido orçamento da OMS impediu que a organização impusesse à OSP a sua absorção.[303] O governo norte-americano, por sua vez, tinha interesse que a OSP mantivesse o seu caráter de organismo interamericano e permanecesse sob sua influência, especialmente com o advento da Guerra Fria e a intensificação das suspeitas em relação à União Soviética (Cueto, 2007b).

A Constituição da OMS trazia o princípio da regionalização. Entretanto, muito pouco havia sido feito até então para implementá-lo. Aos olhos dos idealizadores da nova organização, o mundo se dividia em várias regiões além das Américas: Europa, com sede em Genebra (posteriormente, Copenhague); Leste do Mediterrâneo, com sede em Alexandria, no Egito; Sudeste Asiático, com sede em Nova Déli, na Índia; Pacífico Ocidental, com sede em Manila, nas Filipinas; e África, com sede em Brazzaville, no Congo (WHO, 1951). Na prática, no entanto, a OSP, nas Américas, era o único órgão regional que já se encontrava em operação, o que nos ajuda a entender a postura de muitos latino-americanos em defesa da organização.[304]

Como argumenta Stepan (2011), diante desse cenário, Soper usou o período de um ano e meio decorrido entre a sua posse e a assinatura do acordo formal entre a OMS e a OSP para resolver os problemas de orçamento da organização que dirigia e para expandir as suas atividades, de modo que, por ocasião da assinatura do acordo, ele pôde apresentar um fato consumado: uma organização regional previamente existente, que poderia ser parte da OMS, mas com considerável independência, com um orçamento equilibrado e com campanhas e programas de saúde já em curso.

Em 24 de maio de 1949, então, quase um ano após a data prevista inicialmente, Soper, representando a OSP, e Brock Chisholm, diretor-geral da OMS, se encontraram em Washington D.C. e assinaram o acordo que transformava a OSP em Escritório Regional da OMS para o hemisfério ocidental (WHO, 1949). O acordo foi ratificado na II Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Roma, em 1949, e entrou em vigor no dia 1º de julho de 1949.[305]

Passados mais de cinquenta anos do acordo, a OSP continua sendo o mais autônomo dos seis escritórios regionais da OMS espalhados pelo mundo. A maior parte das atividades do organismo interamericano de saúde é fruto de sua própria iniciativa e constitui-se, frequentemente, em ações nas quais a OMS só vai se incorporar posteriormente. Em suma, a OSP conduz as suas atividades com pouca referência, e mesmo recursos, da OMS.[306] De acordo com Stepan (2011), essa solução se adequava perfeitamente às ambições de Soper, pois conferia à organização que dirigia o prestígio e o apoio técnico da OMS, mas também autonomia para seguir o seu próprio caminho.

Com a reeleição de Soper para um segundo mandato na OSP em 1950, durante a XIII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada na Cidade de Trujillo, na República Dominicana, e a eleição de Marcolino Candau para a direção-geral da OMS em 1953, as relações entre as duas organizações tornaram-se mais próximas e amistosas. Candau havia trabalhado sob a direção de Soper anteriormente, primeiro no Brasil e depois na sede da OSP em Washington D.C. Com a nomeação do médico brasileiro para o cargo de diretor da OMS, Soper ganhou um importante aliado em Genebra. Atividades realizadas em conjunto pelas duas organizações, em diferentes regiões das Américas, tornaram-se comuns nos anos 1950. A OSP, contudo, continuou gozando de ampla liberdade para perseguir os seus próprios objetivos no campo da saúde pública.

A eleição de Soper para a direção da OSP e as negociações do organismo sanitário interamericano com a OMS ocorreram em um cenário marcado por um grande otimismo em relação à capacidade humana de resolver os maiores problemas sanitários do mundo e pela formulação da "ideologia do desenvolvimento", que pressupunha que o abismo existente entre os países desenvolvidos e periféricos poderia ser superado mediante uma cooperação internacional. Farley (2004: 284-285) analisa esse contexto histórico através da metáfora dos pêndulos, que representam o movimento de ideias de um extremo ao outro. De acordo com o autor, no mundo da saúde, o primeiro e maior dos pêndulos se movia da crença que o controle ou a erradicação de uma doença transmissível é um pré-requisito para o desenvolvimento socioeconômico até a convicção de que o desenvolvimento socioeconômico era um pré-requisito para a promoção da saúde e o controle das doenças. Estreitamente relacionado ao primeiro, o segundo pêndulo se movimentava entre os que acreditavam nas campanhas verticalizadas contra as doenças transmissíveis, ou seja, direcionadas para enfermidades

específicas, e aqueles que defendiam o modelo horizontal para tais campanhas, isto é, que elas deveriam abarcar um conjunto de doenças e serem precedidas pela montagem de uma infraestrutura local de saúde. No campo do desenvolvimento, um terceiro pêndulo se movimentava entre os proponentes dessa ideologia e aqueles que acreditavam que o sistema internacional criava e perpetuava o subdesenvolvimento dos países pobres. Entre meados dos anos 1940 e o início da década de 1950, todos esses pêndulos estavam situados em suas posições extremas. A maioria dos especialistas em saúde pública não apenas endossava a ideologia do desenvolvimento como concordava com Soper e outros sanitaristas que a erradicação das doenças poderia preceder as melhorias sociais e econômicas. Eles também acreditavam que as campanhas verticais de combate às enfermidades eram a melhor maneira de alcançar tais melhorias.

Tal era o cenário internacional e as ideias em voga no âmbito da saúde pública e do desenvolvimento quando a OSP inaugurou a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. O seu lançamento, em 1947, representou uma retomada da campanha da Fundação Rockefeller contra a febre amarela, desenvolvida nas Américas, nas décadas de 1920 e 1930, e a consolidação de um processo de maior cooperação entre as repúblicas americanas na área da saúde, que remonta a esse período. Na próxima seção, analisarei as articulações que levaram à proposição e ao lançamento da Campanha Continental.

## A Reconstrução da Campanha contra a Febre Amarela no Pós-Segunda Guerra Mundial

Os anos 1940 foram marcados por uma crescente cooperação entre os países latino-americanos na área da saúde, especialmente no que concerne à questão da febre amarela. Datam dessa época as primeiras articulações objetivando dar um caráter continental à campanha contra o mosquito *Aedes aegypti* que a Fundação Rockefeller vinha desenvolvendo em diversos países da região desde o princípio da década de 1930. Em 1941, como vimos, o então diretor do Serviço de Febre Amarela da Bolívia, Nemesio Torres Muñoz, sugeriu um plano em carta enviada a Fred Soper. No ano seguinte, coube ao ministro da Saúde boliviano, Abelardo Ibañez Benavente, apresentar a primeira proposta oficial para que uma organização internacional

coordenasse uma campanha nesses moldes, durante a XI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada no Rio de Janeiro. Nesta ocasião, foi aprovada uma moção para que os governos da região implementassem programas de erradicação. Contudo, apesar da recomendação, as atividades de erradicação de *Aedes aegypti* nos países latino-americanos avançaram muito pouco nos anos da Segunda Guerra Mundial. A exceção era o Brasil, onde, após quase duas décadas de atividades conjuntas da Fundação Rockefeller e do governo no combate à febre amarela, a incidência da doença era baixa. As autoridades sanitárias brasileiras temiam, no entanto, que algumas regiões do país, das quais o mosquito *Aedes aegypti* já tinha sido erradicado, sofressem uma reinfestação procedente dos países vizinhos.

O foco das preocupações brasileiras era o Paraguai. Em 1932, o país havia assinado um acordo com a Fundação Rockefeller – nos moldes daquele que vigorava no Brasil na mesma época – para o estabelecimento de um serviço de profilaxia contra a febre amarela e a implementação de uma campanha anti-*aegypti*.[307] O médico Waldemar Sá Antunes, inclusive, na época diretor adjunto do Serviço Cooperativo de Febre Amarela do Brasil, foi nomeado diretor do Serviço em comissão no Paraguai com a responsabilidade de dirigir a campanha contra a doença naquele país.[308] A colaboração entre Brasil e Paraguai, contudo, foi interrompida em 1938, em virtude de uma alteração na política da Fundação Rockefeller, que passou a não mais aceitar a utilização de funcionários de um determinado país como seu representante em outro.[309] Desse modo, o programa de erradicação de *Aedes aegypti* no Paraguai não foi concluído, e o país permaneceu como uma fonte constante de reinfestação do território brasileiro nos anos seguintes.

Diante dessa situação, o governo brasileiro decidiu propor a inclusão no projeto de orçamento para o ano 1944 de um financiamento de 1200 contos de réis destinado à implementação de um programa de erradicação de *Aedes aegypti* naquele país. A verba acabou não sendo aprovada pelo Congresso Nacional, mas a simples tentativa de incluí-la revela a preocupação do Brasil com a situação da febre amarela no Paraguai (Soper & Duffy, 1979).

O fantasma da reinfestação continuou assombrando o governo brasileiro nos anos seguintes contribuindo para que, em 1º de outubro de 1946, o SNFA, a esta altura dirigido por Waldemar Sá Antunes (1941-1953), fizesse uma proposta à Fundação Rockefeller de implementação de um programa cooperativo para a erradicação de *Aedes aegypti* do Paraguai. O Plano de Combate ao *Stegomyia* no Paraguai foi elaborado por Octavio Pinto Severo, então chefe do SNFA para a região Sul do Brasil, com base

nos acordos celebrados entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro nas décadas de 1920 e 1930. De acordo com o plano, a erradicação do vetor da febre amarela do Paraguai poderia ser alcançada em um período de quatro anos, dos quais dois seriam dedicados ao ataque ao mosquito e os outros dois à vigilância e consolidação dos resultados alcançados. O governo brasileiro arcaria com a maioria das despesas e ficaria responsável pela execução da parte técnica, pela organização do escritório em Assunção e pela disponibilização de pessoal. O governo paraguaio, por sua vez, se responsabilizaria pelos assuntos administrativos, devendo também facilitar a execução de todas as exigências técnicas. Já a Fundação Rockefeller se encarregaria das negociações para o estabelecimento do acordo e supervisionaria a parte técnica, "agindo como agente de ligação entre o governo brasileiro, por intermédio do Ministério da Educação e da Saúde do Brasil, representado pelo SNFA, e o governo do Paraguai, representado pelo órgão competente".[310]

Octavio Pinto Severo argumenta que o Brasil, ao eliminar o mosquito *Aedes aegypti* da parte sul do seu território e ao se prontificar a contribuir técnica e financeiramente para a consecução do mesmo objetivo no Paraguai, dera o primeiro passo para a implementação de um plano integral de erradicação do referido inseto no sul do continente. O sucesso do combate ao mosquito naquele país dependia, contudo, da adoção de medidas semelhantes por todas as nações da bacia do rio da Prata, "pois serão sempre precários os resultados obtidos em campanhas parciais". Nesse sentido, o governo brasileiro esperava que o êxito do programa a ser desenvolvido no Paraguai despertasse o interesse dos seus dois outros vizinhos – a Argentina e o Uruguai – na adoção de medidas idênticas que levassem à erradicação do vetor da febre amarela da região. Como observou Severo: "seria sobremodo aconselhável que tal campanha antiestegômica se fizesse de maneira integral e concomitante, obedecendo a um plano articulado entre todos os países interessados".[311]

Entre as medidas preliminares a serem tomadas no caso da aprovação do acordo entre as três partes figurava o envio para o Paraguai de profissionais brasileiros, "de escritório e de campo", para permanecerem naquele país durante a fase de organização da campanha, "treinando elementos paraguaios". Entre esses profissionais, seria necessário enviar do Brasil, "no mínimo, um bom secretário, um encarregado de contabilidade, um estatístico e um encarregado de viscerotomia para o escritório, e um guarda-chefe geral, dois guardas-chefes e dez guardas complementares para

o serviço de campo".[312] Com relação ao financiamento, o custo estimado da campanha, nos seus quatro anos de duração, seria de cerca de Cr$ 5.100.000,00. Desse total, o governo paraguaio e a Fundação Rockefeller contribuiriam, cada um, com a quantia de Cr$ 1.275.000,00, e o governo brasileiro com o dobro desse valor, ou seja, Cr$ 2.550.000,00.

A contribuição do governo paraguaio, no entanto, visava "aumentar o interesse na aplicação do plano, dando maior autoridade moral à atuação de suas autoridades", de modo que, caso o país não tivesse condições de arcar com a sua parte, "dois terços das despesas poderão correr por conta do governo brasileiro e o terço restante doado pela Fundação Rockefeller". O Brasil contribuiria, então, no total, com Cr$ 3.400.000,00 e a Fundação Rockefeller com Cr$ 1.700.000,00.[313]

A inclusão no plano de despesas com viscerotomia e o fato de não haver nenhuma previsão de gastos com vacinação antiamarílica mereceram uma explicação de Severo. Nas "considerações finais" do documento, ele afirma que a administração de vacinas não era necessária em virtude do número reduzido de habitantes do Paraguai expostos ao vírus. Com relação à viscerotomia, no entanto, o médico brasileiro argumentou que, embora em uma campanha contra um vetor "não há razão para outras medidas senão as que dizem respeito à sua eliminação", no que concerne às medidas contra a febre amarela, "devemos querer sempre ter em vista a possibilidade da presença, ou certeza da ausência da doença, e esta convicção, só um serviço organizado de punções nos pode dar". A viscerotomia se constituiria também, na opinião de Severo, em um "ótimo meio de propaganda junto às autoridades sanitárias e à classe média", na medida em que contribuiria para aumentar "o prestígio necessário à aplicação das medidas contra o mosquito". Além disso, as amostras de fígado recolhidas seriam de grande utilidade para a elaboração de inquéritos epidemiológicos em torno da febre amarela. Desse modo, prossegue ele, "em lugares mais indicados, onde ainda não houver, poderemos instalar e intensificar um número de postos que, dada a população do país, não deverá ultrapassar vinte".[314]

O plano do SNFA era ambicioso e o governo brasileiro estava disposto a financiar até dois terços do custo das operações no país vizinho, além de disponibilizar equipes técnicas. A direção da Fundação Rockefeller, no entanto, não compartilhava do mesmo entusiasmo. Lewis W. Hackett, que em 1940 tinha sido transferido para Buenos Aires para assumir o cargo de diretor do Escritório Regional da Fundação Rockefeller para o Rio da Prata e Região Andina, não aprovou o programa proposto. Ele argumentou que a

obtenção de um resultado satisfatório no Paraguai, por si só, não resolveria o problema da febre amarela no sul do continente, apenas transferiria o campo de batalha contra *Aedes aegypti* da fronteira do Brasil com o Paraguai para a fronteira deste com a Argentina. Na sua visão, enquanto o vetor da febre amarela continuasse existindo na Argentina, a ameaça de uma reinfestação continuaria pairando sobre o Paraguai (Soper & Duffy, 1979).

Na realidade, a recusa da Fundação Rockefeller em estabelecer uma nova parceria para a erradicação de *Aedes aegypti* do Paraguai deve ser entendida como parte da nova estratégia da organização de se concentrar em atividades de pesquisa e ensino, abandonando as atividades práticas de saúde pública. Além disso, com o início da Segunda Guerra Mundial, as atenções da organização filantrópica norte-americana tinham se voltado para a Europa.[315] Embora tenha recusado o plano do SNFA de promover uma campanha conjunta contra o mosquito, Hackett sugeriu que o governo brasileiro procurasse a OSP, que, na sua opinião, era a única capaz de cooperar sem obstáculos com todos os países do continente infestados pelo mosquito (Soper & Duffy, 1979).

De fato, a eleição de Soper para a direção da OSP, em janeiro de 1947, havia fortalecido a posição daqueles que defendiam uma incitativa conjunta das repúblicas americanas em prol da erradicação do vetor da febre amarela do continente. A implantação de campanhas sanitárias internacionais de grande magnitude, baseadas na filosofia de erradicação de vetores, fazia parte da sua estratégia de fortalecer o organismo sanitário interamericano e, assim, afastar de vez qualquer possibilidade da OSP perder a sua autonomia e ser incorporada à OMS. O governo brasileiro, por sua vez, diante da possibilidade cada vez mais real de uma reinfestação das cidades e portos do país por *Aedes aegypti,* estava disposto a seguir a recomendação de Hackett e levar a questão de forma oficial à OSP. Essa coincidência de interesses estimulou o início das articulações que levariam à proposição da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*.

Em encontro com as autoridades brasileiras, realizado em 22 de abril de 1947, Soper afirmou que uma proposta para a erradicação continental de *Aedes aegypti* seria melhor recebida pelos países da região se fosse apresentada pelo Brasil e não por ele próprio.[316] A sua sugestão pode ser interpretada como um sinal do prestígio que a medicina e a saúde pública brasileiras gozavam naquele momento, sobretudo em virtude das atividades de combate ao mosquito *Aedes aegypti* que o SNFA vinha desenvolvendo em alguns países da América do Sul, em cooperação com os governos locais,

desde o início dos anos 1940. Ela também evidencia a importância que a OSP adquiriu como espaço internacional de disputa e negociação, bem como de conformação de redes transnacionais.

No pós-Segunda Guerra Mundial, a OSP, sob a direção de Soper, foi ocupada por uma rede transnacional constituída por médicos e sanitaristas latino-americanos que haviam participado das atividades da Fundação Rockefeller no continente, nas décadas de 1920 e 1930, sob a liderança do médico norte-americano. Alguns brasileiros tiveram um papel de destaque na formação e consolidação dessa rede, tais como Paula Souza, Marcolino Candau, Octavio Pinto Severo, Waldemar Sá Antunes, Manuel Ferreira e Paulo C. Antunes. Participantes das campanhas e dos projetos médico-sanitários que a organização filantrópica norte-americana implementou no país, muitos deles ex-bolsistas da Fundação Rockefeller, com passagem pela Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, esses personagens assumiriam postos-chaves nas novas organizações internacionais de saúde, bem como em importantes órgãos sanitários do Estado brasileiro. Nesse contexto, alguns deles lideraram o processo de reconstrução da campanha contra a febre amarela que seria relançada, em 1947, sob os auspícios da OSP e com a nova denominação de Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. O responsável pela formalização da proposta, em nome do governo brasileiro, foi o médico Heitor Praguer Fróes, outro personagem de destaque da rede transnacional.

Heitor Praguer Fróes (1900-1987) formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1922. Entre 1925 e 1926 – período no qual a medicina e a ciência alemãs eram influentes nos círculos médicos e científicos brasileiros[317] – ele frequentou o Instituto Tropical de Hamburgo, diplomando-se em patologia tropical e parasitologia médica. De volta ao Brasil, Praguer Fróes assumiu a cátedra de Clínica de Doenças Infecciosas da Faculdade de Medicina da Bahia. Em novembro de 1945, ele foi nomeado secretário de Educação da Bahia pelo governador João Vicente Bulcão Viana (1945-1946) e, em março de 1946, diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde (DNS), órgão do Ministério da Educação e Saúde ao qual o SNFA estava subordinado. Fróes permaneceu nesse cargo até 1952.

Em 1943, no contexto da *política da boa vizinhança* e quando já era um cientista de prestígio e presidia a Associação Cultural Brasil-Estados Unidos, Heitor Praguer Fróes recebeu um convite da Divisão de Relações Culturais do Departamento de Estado Norte-Americano para uma viagem de intercâmbio cultural àquele país. Assim, entre julho e outubro de 1943,

ele viajou por 30 cidades norte-americanas, localizadas em 14 estados diferentes (além de San Juan, em Porto Rico), conhecendo as principais universidades e instituições médicas do país e proferindo 24 conferências sobre assuntos médicos e sanitários, além de outras 8 sobre assuntos literários e temas gerais. A febre amarela foi o tema de 7 dessas palestras, realizadas nas Universidades de Howard, Pensilvânia, Boston, Loyola, Califórnia, na Johns Hopkins e no Rice Institute. Nesse período, ele enviou ao Brasil 21 crônicas e impressões de viagem para serem publicadas em jornais da Bahia. De volta ao país, proferiu 7 conferências e palestras no Rio de Janeiro e na Bahia sobre a sua experiência nos Estados Unidos, durante a qual estabeleceu contato com importantes membros da comunidade médica e política norte-americana. O relatório que escreveu sobre a viagem, endereçado ao Departamento de Estado Norte-Americano, ao ministro das Relações Exteriores do Brasil e ao Ministério da Educação e Saúde é um documento importante para compreendermos as *teias* que Fróes estabeleceu com médicos, sanitaristas e políticos do continente, relações que o ajudariam a ocupar importantes cargos na burocracia do Estado brasileiro, tanto em nível estadual quanto federal.[318]

Considerado uma autoridade no campo da medicina e da saúde pública, Fróes desembarcou em Miami, no estado da Flórida, no dia 13 de julho de 1943, sendo recebido por um representante do Departamento de Estado, órgão responsável pela implementação da *política da boa vizinhança* na América Latina. De lá, ele seguiu para Washington D.C., onde se encontrou com Leo S. Rowe, diretor da União Pan-Americana, e com Aristides Moll, secretário da OSP. Fróes visitou também a Universidade de Georgetown, onde ministrou uma conferência intitulada "Antigas e novas doenças tropicais no Brasil", e a Faculdade de Medicina da Universidade de Howard, onde deu uma palestra sob o título "O problema mundial da febre amarela". Sua visita à capital norte-americana foi noticiada pelo jornal *Washington Post*, na edição de 23 de julho de 1943, que assim se referiu ao médico brasileiro: "Ser proficiente em dois assuntos tão amplamente distintos como a medicina e a literatura é incomum, para dizer o mínimo. Mas o dr. Heitor Praguer Fróes, da Bahia, Brasil, parece ter dominado os dois ramos do saber com igual sucesso".[319]

Após Washington D.C., Fróes viajou para a Bethesda, no estado de Maryland, onde visitou o Hospital e a Escola de Medicina da Marinha (Navy Hospital e Navy Medical School), que naquela época ministrava cursos sobre doenças tropicais e epidemiologia para os jovens médicos da marinha

norte-americana. Já em Baltimore, no mesmo estado, ele aceitou o convite feito por Aristides Moll para proferir uma palestra na Universidade Johns Hopkins sobre "A febre amarela no Brasil". A doença seria o tema de outra palestra sua, intitulada "Febre amarela urbana e silvestre" e proferida na Universidade da Pensilvânia, localizada na cidade da Filadélfia. Fróes visitou também a Faculdade de Medicina de Nova York (New York Medical College), onde falou sobre as suas "Observações pessoais sobre a malária no Brasil".[320]

Ainda na costa leste dos Estados Unidos, Heitor Praguer Fróes visitou a Universidade de Harvard, no estado de Massachusetts. Na ocasião, ele conheceu o Departamento de Parasitologia e a Escola de Saúde Pública (Harvard School of Public Health). Seguindo para Boston, Fróes ministrou duas palestras na cidade. A primeira delas no Tufts Medical College, intitulada "O azul de metileno no tratamento e na diagnose da malária", e a outra na Universidade de Boston, onde falou sobre a "Profilaxia da febre amarela no Brasil".[321]

Ainda no estado de Massachusetts, Fróes visitou a cidade costeira de New Bedford, onde existia uma numerosa colônia portuguesa. Interessante destacar que os dois principais jornais da cidade – o *Standard Times* e o *Diário de Notícias* (este editado em português) – publicaram numerosas notícias sobre a sua visita. O *Standard Times*, inclusive, publicou um editorial intitulado "Seja bem-vindo, vizinho" ("Welcome, Neighbor") em sua edição de 20 de agosto de 1943, o que nos dá uma dimensão da importância da *política da boa vizinhança* para os Estados Unidos:

> Hoje New Bedford tem um visitante, que merece as mais sinceras saudações da cidade. Trata-se do Dr. Heitor P. Fróes, do Brasil, um cientista especializado em doenças tropicais e um escritor que está interessado em aprender sobre os Estados Unidos. Dr. Fróes merece as mais calorosas boas-vindas de New Bedford por duas boas razões. Como cientista, ele tem trabalhado para vencer as doenças tropicais que são pouco conhecidas em nosso país, exceto para os nossos milhares de combatentes agora expostos a elas, à medida que avançam para as numerosas áreas tropicais de batalha envolvidas nesta guerra. Como autor e palestrante, dr. Fróes tem compartilhado os frutos de sua pesquisa com cientistas norte-americanos, da mesma forma como ele poderá levar de volta para o Brasil as observações e impressões de sua visita a nós. Quando um homem de tal eminência dedica o seu tempo e as suas habilidades ao estudo dos seus vizinhos, nós podemos ter certeza de que a causa da política da boa vizinhança e

> do estabelecimento de melhores relações mundiais está avançando. Pois aqui está um perito na observação, na investigação, na ação e reações humanas que muito pode fazer para aproximar pessoas de diferentes origens.[322]

Fróes ainda visitaria alguns estados da costa oeste, incluindo a Califórnia onde, em 7 de setembro de 1943, em uma recepção oferecida pelo cônsul Sabóia Lima, em Stanford, encontrou-se com o general Eurico Gaspar Dutra, então ministro da Guerra do Brasil.[323] Alguns anos mais tarde, já como presidente da República, Dutra seria o responsável pela nomeação de Fróes para a direção do DNS.

De volta ao Brasil, onde desembarcou em 15 de outubro de 1943, após quase cem dias de viagem aos Estados Unidos, Fróes passou a defender uma maior aproximação entre os dois países no contexto da *política da boa vizinhança*. Isso fica claro no próprio relatório que escreveu, no qual agradeceu ao Departamento de Estado por lhe proporcionar "tão agradável quanto útil e proveitosa viagem aos Estados Unidos" e manifestou o seu empenho em, a partir daquele momento, aproximar culturalmente Brasil e Estados Unidos:

> Não representa a feitura deste relatório o cumprimento de um dever funcional nem a satisfação de um compromisso assumido; atesta simplesmente o desejo de demostrar aos que o lerem – principalmente às altas entidades a quem foi dirigido, meu empenho constante e precípuo em cooperar honesta e patrioticamente na grande obra de aproximação cultural entre o Brasil e os Estados Unidos.[324]

Em março de 1946, Fróes foi nomeado diretor do DNS, participando ativamente das articulações para a implantação de uma campanha para a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas. Em 27 de maio de 1947, ele escreveu uma carta para Soper, na qual manifestou o seu interesse na questão da febre amarela e a sua concordância com a ideia de que a doença deveria ser considerada um problema continental. Na carta, Fróes informava a Soper que havia tido uma longa conversa sobre uma possível campanha continental contra o mosquito com o diretor do SNFA Waldemar Sá Antunes e que este havia, inclusive, elaborado um relatório sobre a questão. O documento tinha sido discutido com o ministro da Educação e Saúde, Clemente Mariani (1946-1950), que concordou com a posição de ambos sobre a necessidade da campanha. O diretor do DNS mostrava-se entusiasmado com o sucesso das articulações:

> Como você pode entender do documento do dr. Antunes, nós podemos assumir a responsabilidade de uma campanha continental, sob os auspícios e orientação da Organização Sanitária Pan-Americana, e os nossos técnicos estão aptos a estender esta colaboração para outros países das Américas, como temos feito, até o presente, desde que nós estendamos a nossa ajuda e cooperação (não oficialmente, mas de forma eficiente) para alguns vizinhos da América do Sul. Eu estou certo de que seremos capazes de iniciar, em um futuro próximo, a campanha continental de erradicação do *Aedes aegypti*, como a iniciativa número um da Organização Sanitária Pan-Americana nesta nova fase, sob sua direção (...).[325]

Fróes termina a sua carta propondo que, por ocasião da visita de Soper ao Brasil, antes da I Reunião do Conselho Diretor da OSP, que se realizaria em Buenos Aires, em setembro de 1947, ambos discutissem o assunto oficialmente com Mariani e também com Raul Fernandes (1946-1951), ministro das Relações Exteriores.[326]

O relatório elaborado por Waldemar Sá Antunes, de fato, não deixava margem para dúvidas. Nele, o diretor do Serviço Nacional de Febre Amarela afirmava que o órgão reunia todas as condições para assumir a responsabilidade técnica por uma campanha para a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas e também para, no caso de a campanha ser implementada, disponibilizar a cooperação de seus técnicos e especialistas. Na sua opinião, o trabalho desenvolvido pelo SNFA no Brasil vinha demonstrando que o controle da febre amarela transmitida por *Aedes aegypti* era possível, técnica e economicamente, desde que a campanha fosse baseada em um programa permanente de erradicação da espécie. Essa orientação já era seguida no Brasil há pelo menos uma década e o resultado era a ausência do mosquito em oito estados e três territórios. Ele afirma, contudo, que a completa eliminação do vetor do Brasil não poderia ser alcançada enquanto os demais países do continente também não organizassem programas de erradicação, sobretudo ao longo das fronteiras, que se constituíam em uma constante fonte de reinfestação de inúmeras localidades do território brasileiro. Nesse sentido, o SNFA já vinha cooperando com alguns países da região para a consecução desse objetivo, treinando médicos estrangeiros nas modernas técnicas de profilaxia da febre amarela, disponibilizando a assistência técnica de médicos brasileiros, fornecendo material e equipamentos necessários à campanha nesses países e analisando amostras enviadas por eles no Laboratório de Febre Amarela do Rio de Janeiro.[327]

Entretanto, Antunes salienta que, embora a cooperação entre os países da América do Sul já existisse, ela não tinha, até aquele momento, um caráter oficial, sendo fruto das aproximações entre as autoridades sanitárias de cada um deles. Desse modo, prossegue o diretor do SNFA, a organização de uma campanha continental para a erradicação do *Aedes aegypti* – tal como planejada pelo DNS – traria benefícios para o Brasil e o continente, na medida em que impediria a eclosão de epidemias de febre amarela transmitida por *Aedes aegypti*. Na sua opinião, uma campanha nesses moldes era "inteiramente viável", pois a possibilidade de erradicação de vetores de doenças havia sido demostrada na bem-sucedida campanha contra o *Anopheles gambiae* no Nordeste do Brasil, conduzida por especialistas da Fundação Rockefeller e do SNFA no fim da década de 1930. Assim, Antunes afirmava que o órgão que dirigia estava apto para assumir a responsabilidade pela campanha e que os seus especialistas estavam dispostos a enfrentar todos os desafios "quando o DNS julgar oportuno, conveniente e necessário".[328]

Como podemos ver, às vésperas da I Reunião do Conselho Diretor da OSP, que se realizaria em setembro de 1947, em Buenos Aires, as articulações entre as autoridades sanitárias brasileiras e Soper, agora dirigente máximo da OSP, estavam bem encaminhadas. O cenário havia-se alterado bastante desde 1942 quando, durante a XI Conferência Sanitária Pan-Americana, foi aprovada uma resolução recomendando a erradicação de *Aedes aegypti* em escala continental. Naquela altura, os países do continente se mostraram incapazes de implementar um empreendimento de tal magnitude, em grande parte em razão das dificuldades de coordenação entre eles e da recusa da Fundação Rockefeller em assumir tal papel, dado o seu crescente desinteresse na questão da febre amarela. Ao contrário daquela época, as repúblicas americanas dispunham agora da OSP que, sob a direção de Soper, estava disposta a assumir a responsabilidade pela coordenação e implementação de uma campanha continental contra o vetor da febre amarela. O cenário era favorável. A cartada decisiva seria dada em Buenos Aires.

## A I Reunião do Conselho Diretor da OSP e o Lançamento da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*

A XII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Caracas, em janeiro de 1947, havia decidido reorganizar e dinamizar a Organização

Sanitária Pan-Americana, de modo a ampliar as suas funções em um cenário marcado por avanços no campo da saúde pública e da medicina e por uma maior demanda dos países-membros por cooperação sanitária. A decisão implicava o fortalecimento econômico da OSP, que deveria dedicar-se a "lutar contra as enfermidades, prolongar a vida e promover o bem-estar físico e mental do homem americano mediante os esforços coordenados de todos os países desse continente". Para tanto, deveria ser adotado um novo programa, com maior amplitude, que abarcasse "os aspectos médico-sanitários da prevenção, assistência e previdência social". Para implementar essa agenda, a Conferência de Caracas aprovou a criação do Conselho Diretor da OSP, que deveria ser constituído por delegados de todos os países do continente, e marcou a realização de sua primeira reunião para Buenos Aires, entre 24 de setembro e 2 de outubro de 1947, apenas alguns meses após a eleição de Soper para a direção da organização (OSP, 1947).[329]

A I Reunião do Conselho Diretor da OSP foi inaugurada em 24 de setembro de 1947, na capital da Argentina, com uma cerimônia de abertura na sede da Confederação Nacional de Beneficência, presidida por Ramón Carrillo, secretário de Saúde Pública do país, e que contou também com a participação do ministro das Relações Exteriores Juan Atillo Bramuglia. Dentre os presentes, destacavam-se Fred Soper, diretor da OSP, Thomas Parran, cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, James A. Doull, chefe de Relações Exteriores do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, Lewis W. Hackett, diretor do Escritório Regional da Fundação Rockefeller para o Rio da Prata e Região Andina, Brock Chisholm, secretário executivo da Comissão Interina da Organização Mundial da Saúde, além de ministros e diretores de serviços de saúde de todas as 21 repúblicas americanas. Heitor Praguer Fróes representou o Brasil na Reunião, ao lado de Waldemar Sá Antunes, diretor SNFA.[330]

A agenda da Reunião era extensa e previa a discussão de temas como um plano de reorganização da OSP; a elevação da cota por mil habitantes que os países do continente pagavam ao organismo sanitário interamericano e o aporte de contribuições voluntárias suplementares; a aprovação da constituição da organização, bem como de seu regulamento e estatuto; alterações no Código Sanitário Pan-Americano; cooperação da organização com outros organismos interamericanos com atividades afins; relações da OSP com a OMS; política a ser adotada em relação aos vários comitês pan-americanos; e a eleição dos dois países-membros que deveriam suceder a Argentina e o Chile no Comitê Executivo.[331]

Os trabalhos da Reunião foram organizados em três comissões: Finanças e Reorganização, composta de delegados da Argentina, Paraguai, El Salvador, Peru, Guatemala, República Dominicana e Panamá; Comissão de Constituição, formada por Bolívia, Estados Unidos, Colômbia, Haiti, Costa Rica, Uruguai e Chile; e Comissão de Relações com a OMS e outras organizações, composta por Brasil, México, Cuba, Venezuela e Honduras. Também foi formado um Comitê de Redação, do qual participavam o presidente do Conselho Diretor Alberto Zwanck, o vice-presidente Heitor Praguer Fróes, e os delegados da Costa Rica e do Panamá.[332]

No discurso de abertura da Conferência, o secretário de Saúde Pública da Argentina Ramón Carrillo destacou que o presidente Juan Domingo Perón (1946-1955) havia enviado uma mensagem ao parlamento do país solicitando 1,5 milhão de pesos argentinos anuais para reforçar o orçamento da OSP, "porque sabe que sua ação sanitária não pode limitar-se às fronteiras do país", na medida em que "os limites dos Estados são limites histórico-políticos, mas não limites sanitários". Ele afirmou ainda que as Américas estavam unidas para a sua segurança contra toda agressão armada externa e que havia chegado o momento de tal união se traduzir também em um "plano orgânico" e em uma "ação concertada" visando a defesa sanitária do continente. Para tanto, as repúblicas americanas deviam, antes de tudo, fortalecer o organismo pan-americano de saúde de que dispunham, "sem se preocupar com sacrifícios pecuniários e sem economizar esforços". Segundo Carrillo, a unidade sanitária do hemisfério não podia mais continuar sendo um sonho e um tema de discursos em congressos médicos no continente. Era preciso que ela se realizasse.[333]

Presente à Reunião de Buenos Aires, Thomas Parran, cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, falou sobre a importância da cooperação internacional. Na sua opinião, o campo da saúde era o mais fértil para tal cooperação, na medida em que padrões mais elevados de saúde incrementam o comércio, aumentam o poder aquisitivo e a produtividade das nações, além de não suscitar "o tipo de rivalidade que pode levar a tensões nas relações internacionais". Como evidência disso, ele salientou que o Código Sanitário Pan-Americano era o mais antigo tratado interamericano em vigor e também o primeiro a ter sido ratificado por todos os países do continente.[334] No cargo de cirurgião-geral desde 1936, Parran havia participado das discussões que levaram a um maior envolvimento do governo norte-americano nas questões sanitárias do continente. Ele estava atento às possibilidades que o campo da saúde pública oferecia para uma

maior aproximação dos Estados Unidos com os países latino-americanos, em um contexto marcado pela *política da boa vizinhança*, pelas demandas da região por desenvolvimento e pelas tensões iniciais da Guerra Fria.

No dia 25 de setembro de 1947, o presidente da Argentina Juan Domingo Perón recebeu em audiência especial na Casa Rosada os delegados presentes à Reunião do Conselho Diretor da OSP. Depois de ter sido apresentado aos integrantes das delegações por seu secretário de Saúde Pública Ramón Carrillo, Perón proferiu um discurso no qual procurou relacionar desenvolvimento econômico com melhorias nas condições sanitárias da população. Ele destacou as medidas que o seu governo vinha adotando para "elevar o nível sanitário da Nação", sintetizadas na criação da Secretaria de Saúde Pública. O novo órgão, no entanto, teria uma importância reduzida se não estivesse conjugado a outros fatores que, no entendimento do presidente, contribuíam para "a solução natural dos problemas de saúde pública". Na concepção de Perón, existia uma escala para "a defesa do potencial material e humano da Nação" que referenciava as atividades do seu governo. Segundo essa escala era preciso lidar primeiro com as exigências econômicas para, em seguida, abordar as sociais, que possibilitariam o alcance de um melhor grau de "saúde física e moral", ou seja, a defesa integral da saúde da população. Seguindo esse raciocínio, Perón destacou que havia adotado medidas destinadas a promover melhorias nas condições econômicas da população, de modo a elevar o seu nível de vida, e que, com isso, "a saúde tem melhorado extraordinariamente". Em sintonia com a ideia do "ciclo vicioso de pobreza e doença", defendida pelo economista Charles E. A. Wislow, Perón destacou que "só o feito da elevação do nível de vida da população tem permitido já uma melhora natural no estado de saúde da mesma".[335]

O discurso de Perón evidenciava a crença disseminada na época segundo a qual o desenvolvimento econômico era a "solução natural" para as péssimas condições de saúde em que vivia grande parte da população latino-americana. Os países da região buscavam, então, consolidar a cooperação interamericana nas áreas econômica, política, cultural e sanitária, iniciada nas décadas anteriores, de modo a resolver os principais problemas do continente de forma conjunta.

Foi nesse cenário que Heitor Praguer Fróes, diretor do Departamento Nacional de Saúde e representante do Brasil na I Reunião do Conselho Diretor da OSP, propôs que a campanha mundial contra a febre amarela, lançada em 1918 pela então designada Junta de Saúde Internacional

(JSI) da Fundação Rockefeller, sob a liderança de Wycliffe Rose, fosse retomada, no pós-Segunda Guerra Mundial, sob a direção da Organização Sanitária Pan-Americana e com o novo nome de Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* (Fróes, 1947). Em sua defesa para que a organização interamericana adotasse uma resolução sobre o tema, Fróes argumentou que as populações do interior eram mais vulneráveis à febre amarela do que aquelas localizadas no litoral e, de um modo geral, nos centros urbanos. Em relação à febre amarela silvestre, ele destacou que a única medida profilática de que se dispunha era a vacinação específica, ao passo que, nos centros urbanos, a doença só podia ser evitada mediante a erradicação de *Aedes aegypti*. Os argumentos utilizados por Fróes em defesa de sua proposição também evidenciavam que a proposta de uma cooperação continental em torno da questão da febre amarela refletia as preocupações do governo brasileiro com uma possível reinfestação das maiores cidades do país por *Aedes aegypti* a partir das fronteiras com os países vizinhos. De acordo com ele, a Campanha Continental era uma das quatro medidas que deveriam ser adotadas urgentemente para solucionar o problema da febre amarela no Brasil:

> (a) erradicação do *Aedes aegypti* em todo o território nacional, o que evitará a ocorrência de surtos urbanos e rurais da epidemia; (b) vacinação de todos os habitantes de regiões endêmicas e de sua vizinhança, bem como de todos que por elas passem; (c) controle sanitário dos veículos aéreos, terrestres, marítimos e fluviais que possam transportar mosquitos e, portanto, dar origem a novos focos, reinfestando o país; *(d) acordos com os países ou regiões limítrofes para que tomem precauções idênticas, pois assim deixariam de representar possíveis fontes de reinfestação, suscetíveis de anular os trabalhos de erradicação do* Aedes aegypti *realizados por seus vizinhos. Isto se aplicaria, de um modo geral, aos demais países e regiões das Américas, que têm motivos para estar diretamente interessados neste problema, o qual necessita de uma solução continental, e não somente de soluções nacionais, necessariamente parciais e incompletas.* (Fróes, 1947: 842-843, destaques meus)

Como podemos perceber, o projeto de uma Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, apresentado por Fróes, foi idealizado com a preocupação principal de evitar que o território brasileiro fosse reinfestado pelo mosquito, o que ficou ainda mais patente no balanço que o diretor do DNS fez do combate à doença em cada um dos países da América do Sul e dos seus impactos sobre diferentes regiões do Brasil. Ao se referir à Guiana Holandesa, por exemplo, ele afirmou tratar-se "de uma fonte habitual de

infestação do território brasileiro, pois não se tem podido tomar, todavia, as medidas necessárias para a erradicação de *Aedes aegypti*; por isso, continuam chegando a Belém embarcações infestadas" (Fróes, 1947: 843).

Para apreciar a proposta de Fróes, em 27 de setembro foi realizada uma sessão plenária, de caráter privado. Nessa ocasião, o diretor do DNS explicou por que os focos de febre amarela em sua forma silvestre, ainda existentes em diversas partes do continente, representam uma ameaça e salientou a importância de uma atuação conjunta dos países da região para a erradicação do vetor da enfermidade. Em seguida, praticamente todos os delegados presentes à reunião fizeram uso da palavra para apoiar a proposta do médico brasileiro. Cada um deles expôs os dados existentes sobre a febre amarela em seus respectivos países, que eram cuidadosamente anotados por Soper e pelo próprio Fróes. Ao término das discussões, os participantes decidiram designar uma comissão composta por Carlos M. Ramirez Boettner, diretor do Hospital de Enfermidades Infecciosas e Tropicais do Paraguai; Arturo Pinto Escalier, enviado extraordinário e ministro plenipotenciário da Bolívia no Uruguai; Waldemar de Sá Antunes, diretor do SNFA; e Carlos Alberto Alvarado, diretor de Paludismo e Doenças Tropicais da Secretaria de Saúde Pública da Argentina, para que opinassem sobre o projeto e propusessem a resolução final. Ao término da sessão plenária, o delegado do Chile propôs que se fizesse uma homenagem aos precursores da luta contra a febre amarela no continente, ao que todos se postaram de pé em memória de Carlos Finlay, William Gorgas, Walter Reed, Aristides Agramonte e Oswaldo Cruz.[336]

Na manhã do dia 2 de outubro foi realizada a última sessão da I Reunião do Conselho Diretor da OSP, na qual a sua ata final foi aprovada por todos os delegados presentes. Sobre as relações entre a OSP e a OMS, ficou estabelecido que o organismo sanitário interamericano cooperaria com a entidade mundial sem, no entanto, perder a sua autonomia decisória e de ação no enfrentamento dos principais problemas sanitários do continente. Quanto à organização interna da OSP, o Uruguai e a Venezuela foram os países escolhidos para substituir a Argentina e o Chile no comitê de sete membros que integrava o Conselho Diretor. Também foram aprovados o Estatuto e a Constituição da OSP, bem como a proposta orçamentária feita pela Comissão de Finanças. Por fim, decidiu-se que a próxima Reunião do Conselho Diretor deveria ocorrer em setembro de 1948, na Cidade do México.[337]

Ao término da sessão final, Fróes e Soper conversaram com os jornalistas presentes acerca das principais deliberações do Conselho Diretor

da OSP. Fróes falou sobre os conhecimentos atuais relativos à febre amarela, tecendo considerações sobre o tipo de ação a ser desenvolvida para erradicar o vetor da doença das Américas. Soper, por sua vez, fez um histórico da OSP, destacando a importância da organização como coordenadora na troca de informações entre os países da região sobre a existência de doenças como a febre amarela e a peste bubônica, especialmente nos portos, que constituíam a via de propagação mais perigosa. Na sua opinião, as decisões do Conselho Diretor equivaliam às de uma Convenção Pan-Americana e fortaleceram a decisão da Conferência de Caracas de ampliar o programa da OSP, de modo a incluir entre as suas finalidades tudo o que concerne à saúde, assistência médica e problemas médico-sociais das populações do continente. Soper afirmou que a OSP atuava, desde a sua criação em 1902, com limitados recursos, mas que, naquela altura, os planos da organização podiam ser ampliados consideravelmente graças ao apoio dos países-membros. Especificamente, ele destacou o notável aumento do aporte argentino para o organismo interamericano de saúde e salientou que o Brasil estava discutindo a adoção de uma medida análoga, que ele esperava que fosse imitada pelos demais países. Com relação à febre amarela, Soper considerou o tema um dos mais importantes entre aqueles discutidos na Reunião e assinalou que o Brasil e a Bolívia eram os países que mais tinham envidado esforços para erradicar o mosquito transmissor da enfermidade no seu aspecto urbano. Por fim, o diretor da OSP manifestou a sua confiança na organização de campanhas para erradicar o vetor da doença da zona do rio da Prata.[338]

No que concerne à proposição de Fróes sobre o lançamento de uma Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, os delegados presentes à I Reunião do Conselho Diretor da OSP aprovaram o parecer favorável da comissão que havia sido constituída para analisar o tema, concordando em:

> 1 – Encomendar à Oficina Sanitária Pan-Americana a solução do problema continental da febre amarela urbana, baseada fundamentalmente na erradicação do *Aedes aegypti*, sem prejuízo de outras medidas que as circunstâncias regionais indicarem, e;
>
> 2 – Desenvolver o programa sob os auspícios da Organização Sanitária Pan-Americana que, em concordância com os países interessados, tomará as medidas necessárias para resolver os problemas que possam surgir na campanha contra a febre amarela, sejam eles sanitários, econômicos ou legais.[339]

A decisão das repúblicas americanas de implementar uma Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* constituiu-se em um divisor de águas no campo da saúde internacional. Pela primeira vez, no pós-Segunda Guerra Mundial, um organismo sanitário assumia a responsabilidade de solucionar um problema de saúde que afetava um continente inteiro. Logo após a aprovação da Campanha pelo Conselho Diretor, Soper publicou um artigo no *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*, no qual ressaltava que, se o mosquito *Aedes aegypti* fosse erradicado das Américas, ele não reapareceria, mesmo quando medidas de controle deixassem de ser implementadas (Soper, 1947).

Alguns meses depois, na Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 1948, em Washington D.C., Soper voltou a defender a erradicação da espécie. Na ocasião, ele salientou que, embora no fim dos anos 1940 algumas nações da região estivessem próximas de erradicar o mosquito de seus respectivos territórios, o risco de uma reinfestação continuaria existindo se algum dos países com os quais fizesse fronteira também não eliminasse o vetor da febre amarela. Para ilustrar o seu ponto de vista, Soper citou o exemplo do Brasil, que faz fronteira com dez países na América do Sul, argumentando que, apenas se os seus vizinhos também erradicassem *Aedes aegypti* ao mesmo tempo, o país poderia ser poupado do enorme custo de manter serviços de controle por tempo indeterminado. Soper defendia que, uma vez livre do mosquito vetor, um país tinha o "direito moral" de insistir na proteção contra a reinfestação e os seus vizinhos o "dever moral" de respeitar isso. Tanto esse argumento de natureza "moral" quanto o financeiro eram frequentemente utilizados por ele para justificar a erradicação.[340]

A supostamente inexorável ampliação dos esforços de erradicação de um único local para uma região e daí para um país inteiro e, então, para todo um continente, ficaria conhecida como Lei de Soper (Stepan, 2011). Obviamente, como ele iria descobrir, não havia nada de inexorável, muito menos uma *lei* sobre isso. Ao contrário, conseguir com que todos os países firmassem um pacto para eliminar o mosquito de seus respectivos territórios exigia uma exortação quase super-humana de sua parte. Ainda mais porque a febre amarela não era uma ameaça ativa nas Américas naquela época. O envolvimento da OSP no combate à doença tinha início quase 15 anos após a eliminação da febre amarela endêmica transmitida por *Aedes aegypti*. Na última década e meia, apenas um pequeno surto da enfermidade tinha sido registrado no continente e muitos países não reportavam um único caso da doença havia décadas. Desse modo, como observou Soper:

> A proposta e sua aceitação pelas nações americanas não se baseou em uma situação de emergência, nem em nenhuma ameaça imediata da febre amarela em qualquer lugar do Hemisfério. Foi um esforço deliberado para consolidar de maneira permanente os progressos realizados nos decênios anteriores e para garantir no futuro a ausência de febre amarela nas cidades e povoados das Américas. (Soper & Duffy, 1979: 362)

Com a aprovação da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* retomava-se, no pós-Segunda Guerra Mundial, o esforço para a eliminação da febre amarela das Américas, iniciado cerca de trinta anos antes pela DSI da Fundação Rockefeller. O lançamento da campanha, em 1947, coroava os esforços de Soper em prol de um programa coordenado para a erradicação do mosquito *Aedes aegypti* de todo o continente americano. Tal ideia, como vimos, começou a ser gestada nos anos 1930, quando o vetor da febre amarela foi erradicado de algumas cidades brasileiras, e passou a ser defendida por Soper desde então.

Tendo encontrado o que pensou ser o segredo para o extermínio dos insetos, Soper voltou as suas atenções para o que considerava o seu maior objetivo. Em um cenário no qual as repúblicas americanas se ressentiam da ausência de um organismo capaz de coordenar a luta contra a febre amarela no continente – papel que havia sido desempenhado por décadas pela Fundação Rockefeller –, ele rapidamente conseguiu fazer com que um país após o outro aderisse à Campanha Continental enviando, em seguida, assessoria técnica na organização dos serviços antimosquito. Como veremos no próximo capítulo, tratava-se de um trabalho gigantesco, dado o conhecimento existente na época sobre a doença e as enormes dificuldades inerentes à tarefa de deliberadamente eliminar cada exemplar de uma determinada espécie de inseto.

# 6

# A "Era Soper de Erradicação"e o Apogeu da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*

No término da Segunda Guerra Mundial, como vimos, assistiu-se ao desaparecimento da Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN) e ao enfraquecimento da Repartição de Paris (Office International d'Hygiene Publique), organizações cujas funções passaram a ser realizadas pela UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration), e que, posteriormente, foram incorporadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1948. A Fundação Rockefeller, por sua vez, atravessava um período de reorientação, restringindo as suas atividades no campo da saúde internacional e disponibilizando, assim, uma série de especialistas para as organizações que estavam surgindo. No âmbito das Américas, assistiu-se a uma reorganização do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), a primeira agência do governo norte-americano dedicada à implementação de programas de saúde, criada em 1942, e à expansão das atividades da Organização Sanitária Pan-Americana (OSP), com o seu consequente fortalecimento sob a direção de Fred Soper.

Cueto destaca que, em meio a esse cenário marcado pelo surgimento de novas organizações internacionais de saúde, a estratégia adotada por Soper para garantir a sobrevivência da OSP consistiu em "lançar programas ambiciosos e não duplicar as atividades de outras organizações nacionais ou internacionais, mas sim complementá-las, e fazer algo que ninguém

mais estivesse fazendo" (2007a: 106). Assim, sob a sua direção, um amplo conjunto de atividades foi anunciado, englobando três grandes áreas: o desenvolvimento e a melhoria dos serviços de saúde básicos e permanentes; a educação e treinamento de pessoal de saúde pública; e a luta contra doenças transmissíveis, "particularmente aquelas para as quais adequados meios de erradicação estão disponíveis" (Cueto, 2007a: 106).

Os programas lançados pela OSP no período incluíam o fortalecimento da educação sanitária; a criação de escolas de enfermagem; a realização de estudos sobre a saúde da população do continente, através da coleta de estatísticas sobre morbidade e mortalidade; a distribuição de máquinas de raios X e da vacina BCG para a tuberculose; e o estabelecimento de um novo instituto de nutrição para a América Central e o Panamá, sediado na Guatemala, e de um centro de estudos de zoonoses (doenças comuns aos seres humanos e animais), na Argentina (Soper, 1957a). Soper também se dedicou a obter recursos que permitissem à OSP conceder bolsas para médicos latino-americanos visitarem instituições médico-científicas de prestígio e estudarem no exterior, especialmente nos Estados Unidos (OPS, 1954). Tal fato contribuiria decisivamente para a norte-americanização da medicina e da saúde pública na América Latina e para o distanciamento da região das tradições médico-sanitárias europeias (Cueto, 2007a).

Para Soper, no entanto, a mais alta prioridade da época era a erradicação das doenças transmissíveis. Desse modo, embora o programa da OSP fosse extenso, desde o começo do seu mandato as campanhas de erradicação conferiram um caráter distintivo ao trabalho do organismo sanitário interamericano. Em pouco tempo, ele conseguiu fazer com que a Organização, dirigida por ele, patrocinasse campanhas de erradicação em toda a América contra a bouba (1949), a varíola (1950) e a malária (1954). Stepan (2011: 119) afirma que as suas ambições "eram tão absolutas quanto a própria ideia de erradicação". De fato, em diferentes momentos dos anos 1950, Soper escreveu sobre eliminar doenças como o cólera, a lepra, a *influenza*, a raiva, a pólio, a peste e a tuberculose.[341] Sua preocupação era a de garantir que todas as doenças transmissíveis que pudessem ser erradicadas de fato o fossem, o que ele considerava como um "dever moral" que contribuía para um ideal.

Em um artigo publicado no *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana* (*BOSP*), em 1957, Soper apresentou o significado do conceito de erradicação no pós-Segunda Guerra Mundial, que embasava o que ele entendia ser uma nova era na saúde pública internacional.

> Etimologicamente, a palavra "erradicar" vem do latim e significa "arrancar pela raiz", ou "extirpar". Antes de Pasteur, o verbo "erradicar" e o substantivo "erradicação" eram usados na medicina num sentido mais restrito, e assim, falávamos em erradicar uma doença de um paciente específico. Hoje em dia, entendemos que a erradicação de uma doença significa a eliminação completa de todas as fontes de infecção ou infestação, de tal modo que, mesmo que não se tome nenhum tipo de medida preventiva, a doença não reapareça. (Soper, 1957b)

A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, lançada em 1947, foi a precursora de todos os programas internacionais de erradicação de doenças lançados no pós-Segunda Guerra Mundial, tanto em nível regional quanto mundial, e marcou o que Stepan (2011) designa de a "era Soper de erradicação". Tal "era" teve início ainda durante a Segunda Guerra Mundial, com as campanhas contra o vetor da malária no Egito e na Sardenha, no sul da Itália – vistas anteriormente – e se estendeu até o fim da década de 1950. Durante boa parte desse período, Soper dirigiu a OSP, valendo-se de sua posição para defender entusiasticamente a filosofia erradicacionista.

A originalidade da Campanha Continental advém do seu objetivo de erradicar o vetor de uma enfermidade de todo um continente, através da cooperação sanitária entre as nações, e a sua importância deriva do fato de ter antecipado e influenciado a decisão futura da OMS de endossar a doutrina da erradicação das doenças em uma escala mundial, o que ficaria evidente com o lançamento do Programa de Erradicação da Malária (Malaria Eradication Program – MEP), em 1955, e da bem-sucedida Campanha Mundial para a Erradicação da Varíola, em 1959.

A precedência da OSP em lançar campanhas de erradicação torna-se ainda mais notável se considerarmos o contexto da Guerra Fria e os seus impactos sobre o campo da saúde internacional. A intensa rivalidade entre os países comunistas e capitalistas que emergiu após o término da Segunda Guerra Mundial fez com que as organizações internacionais, inclusive aquelas voltadas para a área da saúde, tivessem que realizar as suas atividades em um cenário marcado por importantes eventos, tais como o lançamento do Plano Marshall, em 1947, com o qual o governo norte-americano procurava reconstruir as economias europeias e, com isso, barrar o expansionismo soviético no continente; o bloqueio de Berlim, em 1948, e a construção do muro dividindo as partes oriental e ocidental da cidade,

em 1961; a criação da Organização do Tratado do Atlântico Norte (Otan); a Guerra da Coréia (1950-1953); o primeiro teste nuclear realizado pela União Soviética; o desenvolvimento da bomba de hidrogênio pelos Estados Unidos, em 1954; a Revolução Húngara, em 1956, e a sua repressão pelas tropas do Pacto de Varsóvia; e a Revolução Cubana de 1959, para citarmos apenas aqueles que ocorreram durante o mandato de Soper à frente da OSP (Gaddis, 2005). Durante todo esse período, a iminência de uma guerra nuclear entre as duas superpotências foi um pesadelo constante. Contudo, tanto a União Soviética quanto os Estados Unidos compreenderam que, dado o potencial destrutivo do arsenal nuclear que ambos detinham, uma guerra entre os dois países destruiria grande parte da vida na Terra, com exceção dos insetos (Service, 2007).

Entretanto, eram justamente os insetos (assim como outros organismos) que o mundo queria eliminar através de campanhas de erradicação de doenças. Análises que tiveram como objeto o Programa de Erradicação da Malária da OMS destacaram, em maior ou menor grau, como o cenário da Guerra Fria contribuiu para o seu lançamento em 1955.[342] A ideia de que as campanhas de erradicação de doenças lançadas na segunda metade do século XX, como um todo, não passaram de uma ferramenta de propaganda dos Estados Unidos durante a Guerra Fria, contudo, deve ser problematizada.[343] Como veremos no decorrer do presente capítulo, no que concerne à Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, tal generalização não se sustenta.

Sem desconsiderar o contexto político da Guerra Fria e os seus impactos sobre o campo da saúde internacional, sustento que esse cenário, por si só, não explica a implementação de campanhas mundiais e regionais de erradicação no pós-Segunda Guerra Mundial, embora, de fato, as tenha impulsionado. A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* constitui-se em uma evidência nesse sentido. Na época em que foi lançada, em 1947, as Américas não eram o centro das preocupações das duas superpotências, de modo que o governo norte-americano, embora tenha apoiado a iniciativa, não se envolveu nas articulações que levaram a sua implementação. Os Estados Unidos só iriam aderir de fato à campanha tardiamente e por pressão dos países latino-americanos. Desse modo, mais do que um produto da Guerra Fria, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* figura no rol das iniciativas implementadas por Soper, durante a sua gestão como diretor da OSP, para estimular uma maior cooperação entre as repúblicas americanas no âmbito da saúde,

tornando-se a principal delas. Ao longo do seu desenvolvimento, contou com a participação de todas as nações, colônias e ilhas das Américas, com exceção do Canadá, que só se associaria à OSP em 1971. A aprovação imediata da Campanha Continental e o seu lançamento ainda em 1947 representaram uma continuidade da tradição de cooperação internacional em saúde entre os países do continente, inaugurada no começo do século XX com a criação da Repartição Sanitária Internacional (RSI) – primeira denominação da OSP – e intensificada nas décadas de 1920 e 1930 durante o desenvolvimento da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller. A Campanha Continental assinalou o ápice desse processo de cooperação sanitária interamericana. De acordo com Soper – o principal responsável pelas articulações que levaram à sua proposição e aprovação –, ela se estabeleceu como a primeira iniciativa conjunta dos países das Américas no sentido de resolver um importante problema de saúde, mediante uma ação comum (Soper & Duffy, 1979).

O objetivo deste capítulo é analisar os 12 primeiros anos da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, cobrindo o período compreendido entre 1947, ano do seu lançamento, e 1958, quando foi realizada a XV Conferência Sanitária Pan-Americana, em San Juan, Porto Rico, durante a qual 11 países e territórios do continente foram declarados oficialmente livres de *Aedes aegypti,* incluindo o Brasil. Esse período coincidiu com o mandato de Soper à frente da OSP e assinalou o auge da Campanha Continental e da doutrina de erradicação dos vetores que a embasava, constituindo o ápice da "era Soper de erradicação".

## Guerra Fria e Erradicação

O período em que Soper ocupou o cargo de diretor da OSP coincidiu com as tensões iniciais da Guerra Fria (1947-1991). Foi uma época marcada pela emergência de duas superpotências – a União Soviética à frente do bloco socialista e os Estados Unidos liderando o bloco capitalista – que disputavam a hegemonia mundial em todas as áreas da vida social, da política aos esportes, passando pela cultura e pela corrida espacial. O temor de uma guerra nuclear entre elas, com consequências desastrosas para todo o planeta e a humanidade, foi a tônica de grande parte desse período. As diferenças entre as duas superpotências podiam ser encontradas não apenas nos seus sistemas políticos e econômicos, mas também em relação ao modelo de organização social que preconizavam para os países

do chamado Terceiro Mundo, no qual se incluíam boa parte das nações da América Latina e do Caribe.[344]

Para as repúblicas americanas, geopoliticamente localizadas na área de influência dos Estados Unidos, os anos da Guerra Fria significaram a promoção de um modelo de desenvolvimento que buscava reproduzir os passos da evolução dos Estados capitalistas. Intervenções norte-americanas nos países da região também foram constantes, assim como o apoio de Washington à implantação de ditaduras militares no continente. O governo norte-americano justificava tais ações com o argumento de que estava tentando impedir o avanço do comunismo.[345]

A influência dos Estados Unidos sobre a América Latina ficou mais evidente nos dois mandatos do general Dwight D. Eisenhower (1953-1961). O seu secretário de Estado, John Foster Dulles (1953-1959), foi um dos principais condutores da política externa norte-americana para a região nesse período, sendo conhecido tanto por sua notória postura anticomunista, quanto pela dedicação com que tratou de consolidar a hegemonia norte-americana na região (Rabe, 1988). A atuação de Foster Dulles despertou inúmeras críticas, sendo a mais recorrente a de que o sistema interamericano nada mais era do que um disfarce do imperialismo norte-americano. Tal denúncia não impediu, contudo, que a maioria dos governos latino-americanos o integrassem. Nos marcos do novo sistema, a União Pan-Americana – a qual a OSP estava vinculada – foi reorganizada a partir da IX Conferência Internacional dos Estados Americanos, realizada em Bogotá, em abril de 1948, passando a chamar-se Organização dos Estados Americanos (OEA), órgão que passou a difundir o pan-americanismo, conforme entendido e defendido pelos Estados Unidos.[346]

Nesse contexto, no qual a cooperação interamericana passou a ser fortemente influenciada pela política externa norte-americana, o Departamento de Estado incentivou de maneira explícita a participação dos países da região nas reuniões pan-americanas que estavam sendo organizadas em profusão, abarcando temas que iam da área militar à saúde, passando pela política e a economia, e o seu ingresso nas várias organizações interamericanas que estavam sendo criadas (Cueto, 2007a). Uma evidência da crescente influência dos Estados Unidos sobre a América Latina nos anos iniciais da Guerra Fria foi a realização, entre 15 de agosto e 2 de setembro de 1947, da Conferência Interamericana para a Manutenção da Paz e da Segurança Continentais, no Rio de Janeiro, na qual foi aprovado o Tratado Interamericano de Assistência Recíproca (Tiar). Também conhecido como

Tratado do Rio, o Tiar consagrava a doutrina de defesa hemisférica, ao estabelecer que um ataque armado de qualquer Estado contra uma república americana seria considerado uma agressão a todas e, consequentemente, respondido de forma conjunta (Moura, 1990).

Com a eclosão da Guerra Fria, uma dinâmica de maior cooperação dos países do continente, que teve início nas décadas anteriores na área da saúde e vinha intensificando-se desde então, chegava também às esferas política e militar. Assim, os processos de colaboração entre as repúblicas americanas nesses diferentes campos reforçaram-se mutuamente, ou seja, a cooperação médico-sanitária foi intensificada ao mesmo tempo que se fortalecia a doutrina de defesa hemisférica nos âmbitos político-militar.

A OSP não passou incólume por esse processo. A III Reunião do Conselho Diretor da OSP, realizada em Lima, em 1949, aprovou a minuta de um acordo entre o organismo sanitário das Américas e a agora designada OEA. O acordo, ratificado no ano seguinte, reconhecia o *status* da OSP de organização regional da OMS no hemisfério ocidental, e também a definia como uma organização especializada interamericana, que deveria assessorar a OEA nas questões de saúde pública e assistência médica no continente (OPS & OEA, 1950). Cueto (2007a: 120) salienta que o acordo entre a OEA e a OSP "deu mais autonomia e flexibilidade à organização sanitária das Américas, ao mesmo tempo em que manteve seus laços oficiais".

A OMS também sofreu os impactos das hostilidades da Guerra Fria quando, no biênio 1949-1950, apenas no início de suas atividades, a União Soviética e as repúblicas socialistas do Leste Europeu começaram a se retirar da Organização, acusando-a de não responder adequadamente às necessidades particulares da região e de ser um instrumento do ocidente capitalista e da política externa norte-americana. Os países do bloco socialista só voltariam a fazer parte da OMS em 1957 (Cueto, 2007a; Stepan, 2011).

O cenário da Guerra Fria e a ausência da União Soviética dos debates da OMS no começo dos anos 1950 favoreceram a implementação de campanhas de erradicação, na medida em que enfraqueceram a ideia de uma abordagem mais social da saúde internacional nos moldes daquela que era defendida, entre outros, pelo primeiro diretor-geral da Organização, Brock Chisholm. Stepan (2011) afirma que os Estados Unidos resistiam veementemente a qualquer discussão sobre medicina social e insistiam em excluir tais questões da OMS como uma precondição para o seu próprio pertencimento à Organização. Discussões sobre esse tópico e correlatos

haviam, inclusive, adiado a filiação do país à OMS por dois anos e, mesmo depois de terem ingressado na Organização, os norte-americanos insistiram sobre o direito de se retirarem desde que comunicassem com antecedência de um ano. A OMS concordou com essa condição, uma vez que precisava dos recursos técnicos e econômicos dos Estados Unidos. Desse modo, sem a União Soviética, o espaço político e intelectual estava livre para a implementação de campanhas de erradicação mais restritas, organizadas, tecnocráticas e estruturadas verticalmente, que não pressupunham um envolvimento fundamental na vida política e econômica dos vários países envolvidos. Uma abordagem mais social da medicina só emergiria na OMS e em suas organizações afiliadas no fim dos anos 1960 e início da década de 1970, parcialmente como um resultado do fracasso do programa global de erradicação da malária (Stepan, 2011).

É importante destacar também que, desde 1953, a OMS era dirigida pelo médico brasileiro Marcolino Candau, que havia trabalhado com Soper na campanha de erradicação do mosquito *Anopheles gambiae* do Nordeste do Brasil, nos anos 1930, e na OSP por um breve período. Formado durante as campanhas da Fundação Rockefeller contra a malária e febre amarela no país, Candau compartilhava do entusiasmo de Soper pela filosofia erradicacionista, o que certamente contribuiu para que a OMS, sob a sua direção, implementasse campanhas destinadas a erradicar vetores e doenças.[347] Assim, com Candau como diretor-geral da OMS e Soper à frente da OSP, o conceito de erradicação se fortalecia no plano internacional, dando origem ao que ambos consideravam uma nova era na saúde pública.

Foi no contexto de Guerra Fria, de ausência dos países socialistas na OMS e de fortalecimento da ideia de erradicação no campo sanitário que a OSP deu início à Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, cujo modelo seria seguido pela OMS quando do anúncio, em 1955, de sua primeira campanha erradicacionista em larga escala, o Programa de Erradicação da Malária.[348] Além dos dois programas citados, a OMS organizou e liderou algumas das campanhas de saúde mais massivas envolvendo vacinas e medicamentos. Foi o caso, por exemplo, da campanha contra a bouba no Haiti, usando a penicilina então recentemente descoberta (OPS, 1952b; Soper, 1955; Muniz, 2009, 2012, 2013), e aquela contra a tuberculose, baseada na vacina BCG e em novos antibióticos, com o número de pessoas tratadas em países como a Índia alcançando a casa dos milhões (Soper, 1962).

No tocante especificamente à malária, Packard (1997a) afirma que, desde o fim da década de 1930, o trabalho desenvolvido no Brasil por Soper

e pela DSI da Fundação Rockefeller havia conseguido redefinir a doença como um problema de controle do vetor. A campanha global da década de 1950, no entanto, estava embasada em uma atitude mais agressiva no combate à enfermidade, calcada na utilização do DDT, uma das três "balas mágicas" (*magic bullets*) surgidas no período.[349] Nesse momento, conforme destaca Farley (2004), Soper não considerava o uso do DDT um meio de interromper a transmissão da malária e, consequentemente erradicá-la, mas sim como uma ferramenta capaz de proceder à eliminação das espécies com menos dificuldades. Na sua concepção, a extinção da doença implicava, essencialmente, a erradicação do seu vetor. Ele percebia, no entanto, a mudança que a aplicação de um inseticida de ação residual como o DDT fatalmente causaria: o enfraquecimento de sua filosofia de erradicação dos vetores em prol de um retorno da ideia de erradicação da doença. Entretanto, continuava defendendo o extermínio das espécies como a melhor solução para a eliminação de enfermidades como a malária e a febre amarela.

A ideia de que a erradicação da malária em escala mundial deveria ser realizada mediante a ruptura da cadeia de transmissão pelo mosquito acabou prevalecendo quando a VIII Assembleia Mundial da Saúde lançou o Programa de Erradicação da Malária em 1955. No ano seguinte, no entanto, o Comitê de Especialistas em Malária da OMS proclamou que não existia nenhum fundamento que justificasse a erradicação do vetor como o mecanismo universal para a eliminação da doença. O mosquito *Anopheles gambiae* podia continuar existindo desde que os parasitos transmitidos por ele fossem eliminados. Entretanto, a erradicação da malária continuou sendo vista como uma medida urgente, sem relação com a rotina regular dos departamentos de saúde. Basicamente, a campanha compreendia três estágios: a fase de ataque, na qual o DDT era aplicado periodicamente nas residências; a fase de consolidação, em que o inseticida passaria a ser administrado de forma descontinuada e a população ficaria responsável por encontrar e eliminar focos de transmissão; e a fase de manutenção quando, com a erradicação alcançada, seria empreendida uma vigilância constante para evitar novas infecções importadas (Farley, 2004).

Em um primeiro momento, o ataque à malária se concentrou, então, na ação residual do DDT borrifado nas residências para reduzir a longevidade do vetor e, consequentemente, impedir a transmissão da doença. Acreditava-se que a interrupção da malária levaria ao desaparecimento do parasito que causava a enfermidade dos seus hospedeiros humanos e, então,

à eliminação da doença. Quase em todos os lugares nos quais a campanha foi implementada, a fase de ataque inicial foi bem-sucedida. Programas nacionais de erradicação da malária, vinculados à campanha mundial, foram organizados verticalmente e de forma independente dos serviços de saúde locais. Como se esperava, a mortalidade causada pela doença diminuiu consideravelmente. De acordo com Packard, "os problemas apareceram na hora de sustentar esta vitória e eliminar os casos remanescentes da doença". A organização vertical das equipes de agentes de saúde, que se mostrara eficiente na fase de ataque, não conseguiu obter o mesmo sucesso na fase de consolidação. Desse modo, conclui o autor, "sem uma adequada infraestrutura sanitária, a identificação e tratamento dos casos remanescentes de malária foram extremamente difíceis. Casos isolados de malária persistiram e cresceram, minando os esforços de erradicação" (1997a: 102-103).

Em seus estudos sobre a malária e o cenário da saúde internacional no pós-Segunda Guerra Mundial, Packard (1997a, 1997b, 1998) e Packard e Brown (1997) destacam a maneira pela qual a erradicação da doença relacionou-se em particular com as teorias do *desenvolvimento* e do *subdesenvolvimento* surgidas durante a Guerra Fria. Os autores argumentam que os especialistas em saúde pública tinham um entendimento da teoria do desenvolvimento segundo o qual a erradicação das doenças levaria a melhorias econômicas e não o contrário. Desse modo, como os sanitaristas acreditavam que detinham os meios técnico-científicos necessários para expurgar as doenças, as campanhas de erradicação poderiam acelerar o processo de crescimento econômico no mundo inteiro liberando, assim, o potencial físico e intelectual dos países em desenvolvimento e prevenindo revoluções políticas.

Na opinião de Packard, a tendência de relacionar as intervenções sanitárias com o desenvolvimento econômico e social representou uma das continuidades entre as visões sobre a saúde existentes antes e depois da Segunda Guerra Mundial. Tal articulação se mostrou particularmente forte no caso da malária. De acordo com Packard, "a meta de erradicação global da malária foi construída muito mais como um problema de desenvolvimento econômico do que de saúde pública". Os presumíveis benefícios políticos e econômicos que os esforços para a erradicação da doença trariam estão na raiz dos substanciosos investimentos que o programa mundial recebeu, tanto por parte dos países desenvolvidos quanto dos governos das nações em desenvolvimento. Como destaca o historiador, "os argumentos a favor de

uma política para a erradicação da malária foram formulados na linguagem do desenvolvimento econômico" (1997a: 103-104).

A suposição de que eliminar a malária poderia liberar o potencial econômico dos países estava e ainda está profundamente enraizada no campo *doença e desenvolvimento*, mesmo com muitos especialistas na enfermidade tendo consciência, já naquela época, que essa relação não era tão direta assim. Wilbur Sawyer, por exemplo, que dirigiu a Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller entre 1935 e 1944, comentou, em 1951, que, embora se acreditasse há muito tempo que melhorias na saúde levariam imediatamente ao aumento da produção e que uma melhor situação econômica poderia resultar no mais completo desenvolvimento social, "de fato, o problema é muito mais amplo que a saúde, que não pode prosperar em um ambiente socioeconômico adverso" (Williams, 1969: 321-322).

De fato, conforme salienta Packard (1997a), o fracasso do Programa de Erradicação da Malária não pode ser associado apenas às falhas organizacionais e aos problemas técnicos que marcaram o seu desenvolvimento. A compreensão de tais problemas exige que não desprezemos o contexto no qual a campanha ocorreu, marcado pela associação entre desenvolvimento do Terceiro Mundo e as ideias e práticas de erradicação então vigentes. O autor destaca que, nesse contexto, os defensores da ideia de erradicação das doenças tiveram dificuldades em apontar de forma prática o impacto social e econômico que o fim da malária traria. Assim, com a crescente resistência do vetor e a falência cada vez mais iminente do Programa, agências internacionais como a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), bem como o governo norte-americano, retiraram as suas contribuições, o que acabou selando o destino do Programa de Erradicação da Malária.

Também refletindo sobre o Programa de Erradicação da Malária da OMS, Litsios (1997) analisa de que forma o cenário da Guerra Fria contribuiu para que os países ocidentais abandonassem a ideia existente antes da Segunda Guerra Mundial de que investimentos em agricultura e produção de alimentos eram os meios de alcançar a redução da incidência da malária, e passassem a adotar, como alternativa, a ideia de erradicação da doença, que seria alcançada através da aplicação do DDT, o que por si só levaria à prosperidade econômica e social. A sua conclusão foi que a Guerra Fria "manteve o sistema das Nações Unidas em caráter de urgência" em

toda parte, levando-o a focar em resultados rápidos e a evitar questões complicadas do ponto de vista político, tais como as desigualdades sociais em saúde, ou a relação entre melhorias sanitárias e reforma agrária.

Siddiqi (1995), em sua análise sobre a OMS, afirma que o apoio inicial dos Estados Unidos à erradicação da malária constituiu-se em uma tentativa de conter a influência da União Soviética. De forma similar, Cueto (2008a) relaciona a importância que o Programa de Erradicação da Malária adquiriu historicamente com o cenário da Guerra Fria e o crescente envolvimento do governo norte-americano na sua implementação. Nesse contexto, marcado por um discurso que associava "comunismo" e "malária", o autor destaca a importância da saúde internacional como instrumento de política externa e econômica, através da intervenção de uma rede de instituições multilaterais, bilaterais e filantrópicas nas Américas. O vínculo entre economia, política e saúde foi moldado pelo IAIA que, a partir da Segunda Guerra Mundial e nos anos iniciais da Guerra Fria, transformou-se na principal agência de relações exteriores do país.

Em seus estudos sobre a campanha de erradicação da malária no México, no pós-Segunda Guerra Mundial, Cueto (2007b, 2008a, 2008b) analisa a maneira pela qual essa orientação internacional foi apropriada no contexto mexicano ressaltando, uma vez mais, que a organização dos esforços internacionais de combate à malária articulava-se com o contexto político de delineamento da Guerra Fria e da busca, por parte dos Estados Unidos, da afirmação de sua influência sobre a América Latina. O autor afirma que o presidente Eisenhower, em seus dois mandatos (1953-1961), procurou consolidar a hegemonia norte-americana no sistema das Nações Unidas por meio da organização de ações para a superação da pobreza e das doenças nos países em desenvolvimento. O rompimento da postura isolacionista – que caracterizara as relações internacionais do país no período entreguerras – e a busca de uma hegemonia global se manifestou, sobretudo, no fornecimento de financiamento e assistência técnica para o combate à malária, destacando-se a criação, em 1953, da agência bilateral Administração de Cooperação Internacional (ICA) que, em 1961, daria origem à Usaid. A ICA tinha por objetivo promover a cooperação técnica e teve papel importante na mobilização para a campanha mundial antimalária, em conjunto com organizações como a OSP, a OMS e o Unicef. O pano de fundo dessa maior atenção à saúde era o de contenção do comunismo.

Hochman (2008a, 2008b) também enquadra a sua análise sobre os impactos do Programa de Erradicação da Malária no Brasil no contexto

da Guerra Fria, explicitando as motivações e os elementos do cenário internacional que contribuíram para a sua implementação. O autor parte da esfera nacional para a internacional para mostrar como a campanha mundial encontrou no Brasil uma estrutura de combate à malária já montada, o que conferiu ao caso brasileiro uma certa especificidade. Tanto Hochman quanto Cueto assinalam a importância dos contextos locais para o estabelecimento de campanhas internacionais *verticalizadas*, como a da malária. Conforme argumentam os dois autores, de um modo ou de outro, tais campanhas tiveram que se adaptar às realidades locais, sob pena de não serem bem-sucedidas.

O vínculo entre a erradicação como uma estratégia de saúde pública e as rivalidades políticas e econômicas entre Leste e Oeste características da Guerra Fria, somado ao aparente sucesso inicial do combate à malária, permitem-nos entender o porquê de a União Soviética ter elaborado a sua própria proposta de uma campanha mundial de erradicação da varíola, em seu retorno à OMS em 1956. O plano foi apresentado oficialmente pelo representante do Ministério da Saúde daquele país, Victor M. Zhdanov, em 1958, na Assembleia Mundial da Saúde realizada na cidade de Minneapolis, juntamente com uma oferta de 25 milhões de doses de vacina contra a enfermidade. Na opinião do dirigente soviético, a erradicação da varíola em escala mundial era cientificamente viável, socialmente desejável e economicamente vantajosa. Embora considerasse a tarefa extremamente difícil, a OMS aprovou a proposta em sua Assembleia no ano seguinte (Glynn & Glynn, 2004). Como destacam Brown, Cueto e Fee (2006: 630), “a URSS queria deixar sua marca na saúde internacional e Candau, reconhecendo a mudança no equilíbrio de poder, estava disposto a cooperar”.

Stepan (2011), embora reconheça a centralidade do contexto da Guerra Fria para a história da OMS e de outras agências do sistema das Nações Unidas, afirma que a atração que a ideia de erradicação das doenças despertava no pós-Segunda Guerra Mundial, contudo, não pode ser reduzida a esse contexto. Em defesa do seu argumento, Stepan destaca que tanto a União Soviética quanto a República Popular da China organizaram as suas próprias campanhas verticais de erradicação de doenças – contra a varíola e outras enfermidades – fora da moldura institucional da Organização. Tais campanhas produziram resultados rápidos e eram inteiramente adequadas a economias planificadas e governos altamente centralizados, como Soper sempre ressaltou. À OMS, em contraste, faltava a autoridade centralizada daqueles países, dependente que era do apoio e dos recursos dos Estados-

membros. Além disso, a Organização era limitada em termos de objetivos a atingir. Potências imperiais como a Inglaterra e a França, por exemplo, resistiam a aceitar a ingerência da OMS nos assuntos sanitários de suas colônias. Recomendações eram bem-vindas, desde que fossem de caráter técnico e não envolvessem questões mais complicadas como a organização dos serviços de saúde.[350] Em contraste, assessorar e dar suporte para campanhas contra determinadas doenças infecciosas, baseadas em novas tecnologias, era algo que a OMS poderia fazer.

A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* também se constitui em uma evidência de que a Guerra Fria, embora tenha trazido consequências importantes para o campo da saúde internacional, não explica por si só a emergência de campanhas internacionais de erradicação na segunda metade do século XX, embora as tenha impulsionado. Em 1947, ano do seu lançamento, as disputas entre os Estados Unidos e a União Soviética concentravam-se na Europa e nas colônias europeias na África e na Ásia. As Américas não figuravam no centro das preocupações das superpotências. A Campanha Continental, então, foi muito mais um produto da articulação das repúblicas americanas na área da saúde do que do cenário da Guerra Fria propriamente dito, simbolizando o ápice de um processo de cooperação sanitária interamericana que remontava a décadas anteriores.

Quanto a Soper, o seu comprometimento com a ideia de erradicação como única forma de eliminar completamente doenças transmissíveis através de intervenções sanitárias deliberadas, sem ter que esperar pelo desenvolvimento político e socioeconômico dos países pobres, datava de antes da Segunda Guerra Mundial e da Guerra Fria. As suas convicções, como vimos, surgiram nos anos 1930, baseadas no conhecimento existente na época, em seu sucesso em eliminar determinadas espécies de insetos de regiões geográficas específicas e na crença disseminada pela Fundação Rockefeller de que preencher a lacuna existente entre o conhecimento disponível e a sua aplicação prática era a missão da saúde pública. A Guerra Fria, no entanto, favoreceu a sua filosofia erradicacionista, abrindo novas oportunidades para a conquista de aliados e para a consolidação de uma cooperação interamericana, que já vinha sendo construída na área da saúde e que, nesse contexto, se estabeleceria também nos âmbitos político e econômico. Um exemplo dessa situação e do uso que Soper faz da retórica da Guerra Fria pode ser encontrado em um comentário escrito em seu diário sobre o programa Ponto IV, lançado em 1949, por Truman, estendendo a ajuda técnica e financeira aos países subdesenvolvidos:

> Embora uma grande quantia tenha sido destinada para a agricultura e outros projetos, parece que todos passaram a reconhecer que o campo da saúde é o único onde resultados podem ser alcançados com suficiente rapidez e clareza para realmente servir como uma operação contra a penetração comunista durante o período em que a situação geral pode ser melhorada.[351]

Em outro documento não publicado e chamado simplesmente de "Erradicação em saúde internacional", Soper classifica o conceito como "revolucionário", afirmando que "os países ricos e tecnicamente avançados tinham uma participação nos subdesenvolvidos".[352] O mais próximo que Soper chegou de definir erradicação em termos econômicos, no entanto, foi ao insistir que garantir a saúde era o primeiro passo rumo ao bem-estar e uma melhor forma de alcançar o crescimento econômico do que programas de desenvolvimento propriamente ditos. Em suas anotações, ele comentou que "a principal maneira de medir o impacto econômico da doença em um dado país é através da média da expectativa de vida de sua população".[353] Não havia dúvidas também que ele acreditava que uma das virtudes da erradicação consistia no fato de que ela podia ser alcançada mesmo nos países pobres, sem que fosse necessário esperar que desenvolvessem serviços básicos de saúde.

A visão de Soper estava em consonância com a retórica do pós-Segunda Guerra Mundial, que lhe dotou de uma linguagem capaz de garantir o mais amplo apoio para os programas de erradicação que perseguia. Como a maioria dos especialistas oriundos da Fundação Rockefeller, Soper gostava de pensar que a saúde pública funcionava bem apenas quando estava acima da política. Ele não concordava com a existência do IAIA, como vimos, apenas porque a agência que desenvolvia projetos sanitários na América Latina obedecia às diretrizes do governo norte-americano e, portanto, estava à mercê das pressões políticas e das rotinas burocráticas do país. Soper, no entanto, era astuto o suficiente para usar as oportunidades políticas que surgiam em prol dos seus próprios interesses. Ele não ignorava o importante papel que teve a Guerra Fria em estimular sucessivos governos norte-americanos a disponibilizar recursos cada vez mais generosos para campanhas internacionais de saúde, inclusive aquelas baseadas na filosofia erradicacionista.

## A Estruturação da Campanha Continental: o papel do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA)

Na II Reunião do Conselho Diretor da Organização Sanitária Pan-Americana, realizada na Cidade do México, entre 7 e 13 de outubro de 1948, Soper apresentou um informe sobre o programa da OSP, destacando a importância da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* e o papel da organização interamericana que dirigia como coordenadora das atividades. Na sua opinião, o sucesso do programa dependia da colaboração dos governos locais na medida em que, como não existiam zonas internacionais nas quais as organizações sanitárias regionais pudessem operar livremente, deveriam vincular-se aos serviços nacionais de saúde para implementar os seus programas. Soper considerava a OSP um instrumento capaz de viabilizar a cooperação sanitária entre os países-membros que podiam, através da organização, recolher e distribuir informações epidemiológicas, desenvolver estudos para a solução de problemas sanitários comuns e realizar um intercâmbio de especialistas e treinamento de pessoal (Soper, 1948).

Em conformidade com o exposto anteriormente, Soper fez uma defesa da Campanha Continental, ressaltando a continuidade entre essa e o programa de combate à febre amarela implementado pela Fundação Rockefeller em diversos países latino-americanos no período anterior à Segunda Guerra Mundial. Ele salientou o papel de destaque que a organização filantrópica norte-americana havia desempenhado por mais de trinta anos no estudo e controle da enfermidade no continente, "atuando como uma verdadeira organização sanitária regional e aliviando a Organização Sanitária Pan-Americana do peso deste programa". Durante a campanha da Fundação Rockefeller, prossegue Soper, assistiu-se ao desenvolvimento de novos métodos para a erradicação de *Anopheles aegypti* e ao surgimento de uma vacina antiamarílica, capaz de proteger as populações expostas à doença. A Fundação Rockefeller também tinha financiado a construção de três laboratórios de febre amarela no continente (Nova York, Rio de Janeiro e Bogotá), equipados para preparar a vacina e para realizar pesquisas sobre a enfermidade.

Como resultado dessas atividades, entre o fim dos anos 1930 e meados dos anos 1940, nenhuma grande epidemia da doença ocorreu nas Américas.

A Fundação Rockefeller, então, em sintonia com as mudanças internas que atravessava, considerou que aquele era o momento propício para se retirar das atividades de combate à febre amarela no continente. As repúblicas latino-americanas perdiam, assim, uma importante aliada na luta contra o flagelo amarílico. Nesse contexto, Soper defendia que a OSP ocupasse o vácuo deixado pela organização filantrópica norte-americana, assumindo o papel de coordenadora dos trabalhos desenvolvidos pelos laboratórios, de modo a garantir que continuassem produzindo e distribuindo a vacina antiamarílica para todos os países do continente: "É importante que essa coordenação continue e que a Organização Sanitária Pan-Americana tenha a responsabilidade de manter contato com estes laboratórios e com o problema da febre amarela na América do Sul como um todo". O objetivo vinha sendo alcançado na Campanha Continental, que contava com "a colaboração total do Serviço Nacional de Febre Amarela do Brasil, cujo Diretor aceita decididamente que a liberação permanente do seu país do *Aedes aegypti* depende de sua erradicação dos países vizinhos" (Soper, 1948: 987-989).

De fato, a colaboração entre o SNFA e a OSP já vinha sendo costurada por Soper há algum tempo, antes mesmo de a Campanha Continental ter sido aprovada na I Reunião do Conselho Diretor da OSP, realizada em Buenos Aires, em setembro de 1947. Em carta enviada a Waldemar Antunes, diretor do SNFA, datada de 20 de fevereiro daquele ano, Soper afirmava que uma de suas maiores preocupações como diretor da OSP – cargo para o qual acabara de ser eleito naquela altura – era "ativar o programa para a erradicação continental do *Aedes aegypti*". Na ocasião, ele reconheceu a impossibilidade de lançar tal programa imediatamente, mas confidenciou a Antunes que, "assim que as condições permitissem a sua implementação", iria depender "em grande medida dos líderes do SNFA para trabalharem em outros países".[354]

Em nova carta para Waldemar Antunes, datada de 18 de março de 1947, Soper revelava a sua surpresa ao constatar que grande parte da comunidade médico-sanitária das Américas ainda desconhecia os benefícios do DDT para a erradicação dos mosquitos. Como diretor da OSP, ele afirmava uma vez mais que se dedicaria a estimular o interesse das repúblicas americanas em desenvolver um programa de erradicação de *Aedes aegypti* da região e que, por se tratar de um inseto doméstico, as propriedades residuais do DDT poderiam ser de grande utilidade. Soper questionou Antunes acerca da existência de algum relatório sobre os resultados do emprego do DDT

como inseticida doméstico para a erradicação de *Aedes aegypti* e solicitou ao diretor do SNFA que lhe enviasse qualquer informação sobre o assunto. Ele também consultou Antunes sobre a possibilidade de escrever "uma história do progresso da erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil", começando por volta de 1933, quando foi constatado pela primeira vez que a erradicação da espécie era possível, para ser publicada no *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana* (*BOSP*).[355] Como podemos ver, as articulações entre Soper e os especialistas do SNFA, nos marcos da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, transcorriam em um ritmo acelerado.

As autoridades sanitárias brasileiras, por seu turno, mostravam-se dispostas a cooperar. Em maio de 1947, Heitor Praguer Fróes, diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS), viajou para os Estados Unidos, encontrando-se com Soper em Washington. Em carta enviada ao diretor da OSP, em 28 de maio de 1947, Waldemar Antunes revelou que Fróes retornou da viagem "encantado com as suas boas disposições para com o Brasil, assim como para o grande problema da erradicação do *Aedes aegypti*" e que havia lhe feito uma consulta sobre a possibilidade do SNFA encarregar-se da responsabilidade técnica de uma campanha continental para a erradicação do vetor da febre amarela e de, no caso de ser implementada, do órgão disponibilizar os seus especialistas.[356] Antunes relatou a Soper que havia respondido a Fróes que o SNFA estava apto a assumir tal responsabilidade, na medida em que a agência brasileira já desenvolvia uma campanha nacional com esse objetivo há dez anos, durante os quais havia acumulado a experiência necessária para a expansão das atividades para todo o continente. Até àquela altura, a campanha desenvolvida pelo SNFA no Brasil tinha conseguido livrar de *Aedes aegypti* oito estados e três territórios do país, comprovando que a erradicação da espécie era um objetivo factível.[357]

De fato, o Brasil foi o pioneiro no combate ao vetor da febre amarela no continente, ao organizar uma campanha de erradicação do mosquito com base em técnicas estabelecidas antes da descoberta de inseticidas de ação residual como o DDT e o dieldrin. Até 1931, o combate ao mosquito *Aedes aegypti* no país foi realizado de acordo com os métodos e a experiência das campanhas de Oswaldo Cruz (1903-1908) e Clementino Fraga (1928-1929). Tais campanhas estavam dedicadas a eliminar os focos do inseto através da destruição de depósitos de água inúteis, da aplicação de creolina – um produto à base de crisol – nas águas estagnadas e da colocação de peixes larvicidas em caixas d'água, poços, cisternas e lagos artificiais. A legislação sanitária vigente na época também obrigava a colocação de proteção nas

caixas d'água e nos grandes depósitos de abastecimento. A partir de meados dos anos 1920, teve início a aplicação de uma fina camada de petróleo (óleo diesel) em recipientes de água domésticos (Williams, 1994).

Em 1932, foi aprovado o decreto federal do "Regulamento do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela", estabelecendo uma nova base para a organização da campanha que resultou na erradicação de *Aedes aegypti* do país. O Regulamento previa a aplicação de uma fina camada de petróleo em todos os depósitos de água que contivessem focos do mosquito; o envio de intimações judiciais àquelas pessoas que não respeitassem os dispositivos da legislação federal; a eliminação sumária de certos depósitos de água, principalmente aqueles onde haviam sido encontrados focos em mais de uma inspeção; a integração à rotina do serviço de métodos complementares, tais como a captura de mosquitos em sua forma adulta, a organização de um esquadrão de focos geradores para a descoberta e a eliminação de focos de difícil acesso, e a organização dos chamados serviços especiais: marítimo, fluvial, casas desabitadas, cemitérios, calhas, matas e valas.[358]

Entre 1933 e 1937, as medidas adotadas contra *Aedes aegypti* no país foram aperfeiçoadas, e foram estabelecidas normas administrativas rígidas, o que dotou a campanha dos seus métodos e formas de trabalho definitivos, explicitados no "Manual de Instruções Técnicas e Administrativas do Serviço Nacional de Febre Amarela" que, desde aquele momento, serviria de base para a implementação de programas de erradicação de *Aedes aegypti* e para a organização de serviços nacionais de febre amarela em vários países da América do Sul. A partir de 1938, com o êxito da campanha nas áreas urbanas, verificou-se que o mosquito tinha invadido as zonas rurais de grande parte do território brasileiro. Como forma de erradicá-lo, determinou-se o princípio das "áreas contíguas e progressivamente crescentes", ou seja, a perseguição do vetor até onde ele pudesse ser encontrado. Tomando o município como unidade de referência, esquadrinhava-se toda a área, localidade por localidade, independente do seu tamanho e de sua situação. Desse modo, completou-se o mapa estegômico do Brasil, o que possibilitou o conhecimento exato do problema.[359]

A Fundação Rockefeller, como vimos, contribuiu para a disseminação das técnicas de combate ao mosquito *Aedes aegypti* desenvolvidas no Brasil para outros países da região. Até 1939, ela foi a responsável pela campanha no país e, a partir de então, dedicou-se a estendê-la para outras repúblicas americanas. No início dos anos 1940, contudo, quando o governo brasileiro já tinha assumido a direção das atividades de erradicação de *Aedes aegypti*

no país, a campanha enfrentou um sério problema que acabou atrasando a sua finalização. Nesse período, verificou-se a reinfestação frequente de localidades situadas às margens dos grandes rios navegáveis por embarcações procedentes de países que não contavam ainda com serviços anti-*Aedes aegypti*. Tal fato levou o governo brasileiro a instalar postos de controle nas fronteiras com esses países e evidenciou que o problema da febre amarela não podia mais ser encarado em âmbito nacional. Pelo contrário, o êxito do programa de erradicação de *Aedes aegypti* no país estava diretamente relacionado ao compromisso das demais nações da região de também eliminarem o mosquito. Diante dessa situação, a Conferência Sanitária Pan-Americana de 1942, realizada no Rio de Janeiro, aprovou uma moção para que os governos do continente seguissem o exemplo do Brasil, do Peru e da Bolívia e implementassem programas de erradicação de *Aedes aegypti*, uma recomendação que, como vimos, não prosperou. Entre 1943 e 1946, a campanha contra o vetor da febre amarela no Brasil expandiu-se por todo o território nacional, restringindo o problema às regiões Norte e Nordeste. Foi nesse contexto que as autoridades do país, em articulação com Soper, propuseram, em 1947, uma Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* e comprometeram-se a disponibilizar técnicos para organizar as atividades nos países que solicitassem auxílio.

No plano nacional, a retirada da Fundação Rockefeller da campanha de erradicação de *Aedes aegypti* em curso no Brasil motivou uma discussão entre as autoridades do país sobre como o SNFA deveria ser administrado. Particularmente intenso foi o debate sobre as necessidades especiais da agência, no que concernia à sua independência e flexibilidade administrativa. O resultado das controvérsias foi que o SNFA se tornou parte do DNS, passando a contar com as mesmas facilidades e flexibilidade que o SCFA – seu antecessor – havia gozado. Como consequência, o diretor do SNFA, seguindo o precedente estabelecido pelo SCFA nos anos 1930, passou a ter liberdade para fornecer um grande número de técnicos e especialistas à OSP nos primeiros anos da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. O fato de Soper ter sido o representante da Fundação Rockefeller na América do Sul durante 15 anos (1927-1942), passando boa parte desse período no Brasil, facilitou de maneira considerável a colaboração entre a OSP, que agora dirigia, e o governo brasileiro na implementação e desenvolvimento da Campanha Continental (Soper & Duffy, 1979).

Nesse cenário, as articulações entre Soper e as autoridades políticas e sanitárias brasileiras deram resultado e a parceria entre a OSP e o SNFA

acabou se materializando. Uma vez aprovada a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, Soper e o governo brasileiro firmaram um acordo para que os diretores regionais do SNFA para o Sul do país e para a Região Amazônica – respectivamente Octavio Pinto Severo e Ademar Paoliello – atuassem como consultores distritais das atividades de erradicação de *Aedes aegypti* da OSP. Dessa forma, Severo se estabeleceria em São Paulo, de onde ficaria responsável pela Campanha Continental no Sul do Brasil, Bolívia, Chile, Paraguai, Argentina e Uruguai. Paoliello, por sua vez, supervisionaria, a partir de Belém, as atividades na parte nordeste da América do Sul, incluindo o vale amazônico do Brasil, Venezuela, Colômbia, Equador, Peru, as Guianas, México e toda a América Central. Para o desempenho de tais funções, cada um deles receberia da OSP um salário mensal de 250 dólares, além do reembolso das despesas de viagem que se fizessem necessárias. Além do coordenador, assessores e instrutores também seriam contratados e enviados para as localidades atendidas pela campanha.[360]

A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* deveria ser conduzida em nível nacional. Assim, uma vez estabelecido um sistema de coordenação dos trabalhos, com a divisão do continente em duas áreas, e definidos os responsáveis pela Campanha em cada uma delas, o passo seguinte era implementá-la, o que não foi uma tarefa fácil. Os diários de Soper registram as inúmeras viagens que ele realizou pelas Américas, pressionando as autoridades políticas e sanitárias da região a aderirem à Campanha, em um esforço incansável para fazê-la funcionar, frequentemente contra todas as probabilidades.

O início das atividades da Campanha Continental em um determinado país era precedido pela assinatura de um acordo entre a OSP e o governo local, mediante o qual eram definidas as responsabilidades de cada parte, os objetivos da campanha nacional e a sua duração. Em geral, a OSP ficava responsável pela cooperação técnica e pelo envio de especialistas (técnicos brasileiros do SNFA em sua maioria), bem como pelo fornecimento de veículos, equipamentos e dos materiais necessários à Campanha. Aos governos locais, por sua vez, cabia a elaboração de uma legislação adequada às atividades que se desenvolveriam e o recrutamento de trabalhadores nacionais. Os acordos previam também a criação de um serviço nacional especializado, nos moldes do SNFA, dedicado à erradicação de *Aedes aegypti* e dotado da mais ampla autonomia em relação à estrutura sanitária existente no país. O financiamento para as atividades era, frequentemente, dividido entre as duas partes.

Embora as negociações para o início das operações em cada uma das repúblicas americanas tenham variado de acordo com as condições locais, os passos que a Campanha Continental deveria seguir estavam bem definidos na cabeça de Soper:

> Como resultado dos muitos anos de experiência em trabalhos de erradicação na Bolívia e no Brasil, não se duvida que o *Aedes aegypti*, o vetor da febre amarela e da dengue, pode ser erradicado do continente. É sumamente importante impulsionar o programa até a sua conclusão na América do Sul e ascender com a maior rapidez possível através da América Central e das Antilhas até o México e os Estados Unidos, eliminando dessa forma o perigo de reinfestação das zonas já limpas. (Soper, 1948)

O plano de Soper, conforme explicitado acima, era começar o programa pelos países da América do Sul contando, para isso, com a colaboração dos técnicos do SNFA, para, em um segundo momento, expandir a Campanha para a América Central e as Antilhas e, em seguida, para o México e os Estados Unidos, uma vez que o Canadá não era membro da OSP. Esse era o planejamento que, como veremos, orientou a Campanha Continental em seus primeiros anos.

## O Início da Campanha Continental e a Intensificação da Cooperação Latino-Americana em Saúde

De modo a implementar imediatamente a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, em 8 de outubro de 1947 Soper e Waldemar Antunes viajaram para Assunção com o objetivo de iniciar as negociações com as autoridades do Paraguai, país que mais preocupava o Brasil.[361] O convênio entre o governo paraguaio e a OSP foi assinado pelo ministro da Saúde do país, César Gagliardone, e por Soper, em 13 de outubro de 1947 – menos de duas semanas após o término da I Reunião do Conselho Diretor da OSP – e aprovado sete dias depois por meio do decreto n. 22.687, de 20 de outubro de 1947. Por ele, ambas as partes concordavam em "iniciar uma campanha de erradicação do *Aedes aegypti* em todo o território do Paraguai, utilizando todos os métodos científicos necessários, principalmente o inseticida DDT que deveria ser aplicado nos focos principais de reprodução do mosquito". A Campanha deveria começar

em janeiro de 1948 e durar, no mínimo, dois anos. À OSP caberia a direção técnica da mesma, que seria conduzida por um ou mais funcionários, bem como disponibilizar os instrutores e assistentes que se fizessem necessários. Esses técnicos permaneceriam no Paraguai o tempo adequado para treinar os funcionários locais e organizar um serviço antimosquito no país. Os seus salários seriam pagos pela Organização, que também se responsabilizaria pelo fornecimento do transporte motorizado necessário à execução da campanha. O governo paraguaio, por sua vez, ficaria responsável pelo aporte anual de 120 mil guaranis em 1948 e 1949 para o pagamento dos salários do pessoal local e para a compra de equipamentos, além da isenção de tarifas aduaneiras de todos os materiais necessários à realização da campanha, bem como as bagagens e os objetos pessoais dos funcionários enviados pela OSP. O programa de erradicação do *Aedes aegypti* contaria com todas as prerrogativas do antigo Serviço de Profilaxia contra a Febre Amarela, no que diz respeito à aplicação das medidas para controlar a reprodução de mosquitos, que se especificam no decreto n. 45.421 de 8 de novembro de 1932. Se, ao término do convênio, o vetor da febre amarela ainda fosse encontrado no Paraguai, ambas as partes deveriam estudar a prorrogação da campanha por um período conveniente.[362]

Soper relaciona a rapidez com que a Campanha Continental foi implementada "ao precedente estabelecido pelas atividades internacionais anteriores entre a Fundação Rockefeller e o governo do Brasil" (Soper & Duffy, 1979: 362). Nesse sentido, ele afirma que as negociações entre a OSP e o governo paraguaio estabeleceram, na prática, que a organização e implementação da Campanha no país ficaria inteiramente a cargo de técnicos brasileiros designados pelo SNFA.[363] O médico do SNFA, Iberê da Silva Reis, inclusive, foi nomeado chefe do programa de erradicação de *Aedes aegypti* no Paraguai.

Severo segue a mesma linha de raciocínio ao afirmar que a experiência anterior de Soper na América Latina, os contatos estreitos que ele mantinha com autoridades políticas e sanitárias do Brasil e a sua concordância com a filosofia das campanhas de erradicação dos vetores e com o lócus adequado para a sua implementação contribuíram para a pronta aceitação da Campanha Continental pela OSP e para o rápido apoio que ela recebeu dos países latino-americanos (Severo, 1955).

Na visão de Soper, o sucesso do programa a ser desenvolvido no Paraguai, a partir de janeiro de 1948, dependia da colaboração dos países vizinhos. Em 19 de outubro de 1947 ele escreveu para o secretário de saúde

pública da Argentina, Ramón Carrillo (1946-1954), tratando da questão, que ele considerava a de mais difícil resolução e o principal obstáculo para a erradicação de *Aedes aegypti* de todo o vale do Rio da Prata. Soper justificava a sua preocupação afirmando que a Bolívia e o Sul do Brasil encontravam-se livres do mosquito, que o governo argentino estava adotando medidas para erradicá-lo de todo o país e que o Uruguai reunia todas as condições para resolver a questão rapidamente e de maneira relativamente fácil, em virtude das características climáticas do país.

Nesse quadro, a erradicação de *Aedes aegypti* do Paraguai era essencial para evitar a reinfestação do Brasil e para facilitar as atividades de combate ao mosquito nos portos argentinos ao longo dos rios Paraguai e Paraná. Dessa forma, dados os benefícios econômicos que os governos do Brasil e da Argentina lograriam se a meta fosse alcançada, Soper decidiu solicitar a colaboração dos dois países. Ele tinha consciência que o programa de erradicação de *Aedes aegypti* do Paraguai não podia correr riscos, pois seria o primeiro a ser desenvolvido nos marcos da Campanha Continental e, por tal motivo, estabeleceria o paradigma para as operações futuras. Assim, anexada à carta para Carrillo, Soper enviou uma cópia do convênio entre a OSP e o governo do Paraguai, junto com um pedido para que o governo argentino fornecesse o transporte motorizado necessário para o início das atividades da campanha no país. Naquela altura, as autoridades brasileiras já haviam concordado em disponibilizar o pessoal necessário para o treinamento dos funcionários locais. Para Soper, o precedente para a colaboração regional estabelecido entre os três países seria de grande importância para o futuro no que dizia respeito às atividades internacionais de saúde nas Américas.[364] O seu empenho diante do governo argentino teve efeitos positivos e Carrillo concordou em doar dois jipes e um caminhão para o programa de erradicação de *Aedes aegypti* no Paraguai.[365]

Os arranjos com os países vizinhos para o início da Campanha Continental no Paraguai continuaram. Em 19 de novembro de 1947, Soper escreveu uma carta para Alberto Zwanck, diretor do Instituto de Higiene da Universidade de Buenos Aires e assessor de política sanitária internacional do Ministério da Saúde Pública da Argentina, com uma cópia da mensagem que havia enviado para Carrillo um mês antes e do convênio firmado entre a OSP e o Paraguai que, naquela altura, já tinha sido aprovado pelo conselho de ministros do país. Na carta, Soper afirmava que o programa de erradicação de *Aedes aegypti* estava prestes a começar e que Severo já estava autorizado a viajar para o Paraguai, antes mesmo do fim do ano,

para realizar um levantamento inicial, de modo a possibilitar o início da campanha no dia primeiro de janeiro.

Com relação à implementação da Campanha Continental em outros países da América do Sul, Soper observou que já havia discutido o tema com os presidentes do Chile, do Peru e da Venezuela, bem como com os ministros da Saúde da Colômbia e do Equador. Os governos da Venezuela e da Colômbia, inclusive, tinham contribuído, cada um, com a quantia de cem mil dólares para o programa, embora nenhum dos dois países tivesse definido ainda as ações que seriam tomadas para o início da Campanha Continental nos seus respectivos territórios. Soper destacou também que, na semana seguinte, teria as primeiras discussões sobre a implementação do programa nos Estados Unidos e já previa dificuldades "em virtude do costume existente no país de trabalhar com orçamentos com muita antecedência". Ele acreditava, no entanto, que o entusiasmo demonstrado por México, Brasil, Argentina e Uruguai tinha alçado a OSP a uma condição que ela nunca havia gozado anteriormente: "Pela primeira vez o representante da OSP estava em uma posição onde poderia solicitar aos Estados Unidos que seguissem o padrão de contribuição estabelecido por outros países".[366]

Concluídas as articulações, o Paraguai se tornou o primeiro país das Américas a implementar a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* que, logo em seguida, seria estendida para a Argentina, o Uruguai, o Equador e a Venezuela. No fim de 1948, em decorrência de um surto de febre amarela silvestre no Panamá, praticamente todos os países da América Central decidiram iniciar uma campanha contra *Aedes aegypti*, seguindo as recomendações técnicas da OSP (Severo, 1955).

Conforme o previsto, a Campanha Continental teve início no Paraguai em janeiro de 1948. Em um primeiro momento, foi realizado um trabalho de reconhecimento das grandes cidades do país que tinham um alto índice de infestação pelo vetor da febre amarela. Na etapa seguinte, as atividades foram estendidas às áreas rurais, onde a densidade do mosquito era menor. Ao término do levantamento, 98 localidades paraguaias foram diagnosticadas positivas para *Aedes aegypti*, um número maior do que o previsto inicialmente. Desse modo, seguindo uma recomendação de Severo, consultor da Campanha Continental no setor sul da América do Sul (Brasil, Bolívia, Chile, Argentina, Uruguai e Paraguai), o combate ao mosquito *Aedes aegypti* no Paraguai baseou-se no método perifocal, o mesmo que havia sido empregado pelo SNFA ao longo do programa de erradicação do mosquito

no Brasil. Esse método consistia na aplicação do DDT, por meio de uma bomba manual, nas partes interna e externa de todos os reservatórios de água existentes no interior ou nas proximidades das residências, inclusive naqueles vazios, independente de terem ou não focos do mosquito.[367]

A utilização do método perifocal na campanha no Paraguai e em outros países das Américas durante a Campanha Continental foi importante, pois permitia que se combatesse, ao mesmo tempo, as formas larvária e alada de *Aedes aegypti*, apesar dos riscos à saúde da população e ao meio ambiente que tal procedimento acarretava.[368] Entretanto, os agentes sanitários tiveram que lidar com a recusa das pessoas em ter as suas casas borrifadas com o DDT. Soper registrou em seu diário que, no Paraguai, as pessoas não permitiram que o inseticida de ação residual fosse aplicado em suas residências pela segunda vez, pois "não sabiam o quão desagradável seria".[369] Tal fato, no entanto, não foi capaz de detê-lo em seu intento de erradicar o vetor da febre amarela do continente. A sua determinação acabaria sendo recompensada. Em 1953, o mosquito *Aedes aegypti* havia sido erradicado de 91 localidades das 98 diagnosticadas positivas inicialmente, em duas restava apenas a captura final do mosquito, em três não havia sido realizado um levantamento do índice da espécie e apenas duas localidades ainda tinham infestações localizadas. A meta do governo paraguaio era obter o índice negativo em todas as regiões do país ainda naquele ano.[370]

As dificuldades iniciais enfrentadas pelo programa de erradicação de *Aedes aegypti* no Paraguai e a importância do país para o sucesso da Campanha Continental no sul do continente levaram os governos do Brasil, Argentina, Uruguai e do próprio Paraguai a assinarem, em 13 de março de 1948, em Montevidéu, um Acordo Sanitário Pan-Americano. O secretário de saúde pública Carrillo e Zwanck foram os delegados da Argentina, ao passo que o Brasil enviou Fróes, diretor-geral do DNS. A OSP, por sua vez, foi representada por Soper e por Miguel Bustamante, secretário-geral da Organização, e, pelo Uruguai, compareceram o ministro da Saúde Pública do país Enrique M. Claveaux e o diretor da Divisão de Higiene do referido ministério Ricardo Cappeletti. O Paraguai foi representado por Carlos Ramirez Boettner, professor de clínica médica da Universidade Nacional de Assunção, e por Raul Pena (Brasil, 1948).

Apesar de ter sido impulsionado pelo programa de erradicação de *Aedes aegypti* no Paraguai, o Acordo Sanitário Pan-Americano extrapolava os objetivos da Campanha Continental. Por ele, os países signatários se comprometiam a adotar medidas preventivas permanentes para solucionar

os problemas epidemiológicos concernentes à malária, varíola, febre amarela, peste, tracoma, doenças venéreas, hidatidose, raiva e lepra nas zonas fronteiriças. Ficou estabelecido também que, no caso da ocorrência de um surto epidêmico de qualquer uma dessas doenças ou quaisquer outras nas regiões de fronteira que representasse uma ameaça para os quatro países, eles poderiam constituir, a pedido de um deles diretamente ou por intermédio da OSP, comissões mistas de técnicos sanitários de modo a atuarem em comum acordo. Pelo Acordo, os governos de Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai se comprometiam ainda a implementar medidas de assistência técnica recíproca, a ceder pessoal e material para o controle de situações sanitárias de emergência e a tomar todas as providências para que fosse feita a notificação imediata dos primeiros casos das seguintes doenças: peste, cólera, tifo exantemático, febre amarela e varíola, de acordo com o estabelecido no Código Sanitário Pan-Americano. Eles também assumiram o compromisso de realizar um amplo e periódico intercâmbio de sanitaristas, ao menos uma vez por ano, com o objetivo de trocar informações sobre o andamento e os progressos alcançados pelas campanhas preventivas contra as enfermidades supracitadas, bem como sobre assuntos de interesse comum, e a elaborar relatórios mensais sobre a situação epidemiológica e as medidas adotadas, inclusive sobre a mobilidade e a mortalidade nos povoados localizados nas áreas de fronteira entre eles. Por fim, os quatro países se comprometiam a não adotar medidas de profilaxia internacional que implicassem o fechamento total das fronteiras de um deles, limitando tais medidas, quando consideradas indispensáveis, à zona afetada (Brasil, 1948).

Com relação à febre amarela, os países signatários concordaram com a realização de "uma campanha intensiva e permanente que assegure a erradicação do *Aedes aegypti* em todo o seu território, de acordo com o que foi resolvido pelo Conselho Diretor da Organização Sanitária Pan-Americana" (Brasil, 1948: 9817), a manter livres do mosquito os aeroportos internacionais e a adotar medidas de proteção nas embarcações fluviais, devendo expedir o certificado correspondente, que será requisito indispensável para a saída do porto de um dos países signatários e a entrada no de outro. Eles também assumiam o compromisso de comunicar trimestralmente à OSP o índice mais recente de *Aedes aegypti* em seus respectivos territórios, para ser publicado no *BOSP*, e de vacinar sistematicamente todas as pessoas residentes em zonas reconhecidamente endêmicas ou de passagem por elas. Enquanto a erradicação do vetor da febre amarela não fosse alcançada,

as autoridades sanitárias dos quatro países poderiam exigir o certificado de vacinação antiamarílica a qualquer pessoa procedente de uma área epidêmica ou endêmica. Elas também manteriam um serviço permanente de investigação epidemiológica nas zonas endêmicas ou suspeitas e transmitiriam os dados correspondentes à OSP para a elaboração de mapas epidemiológicos atualizados, cujas cópias seriam enviadas aos países signatários (Brasil, 1948).

A Argentina foi o primeiro país a aprovar o acordo, em 30 de março de 1948. Alguns meses depois, em 13 de novembro, na cidade de Salta, o governo argentino assinou um convênio semelhante com os governos da Bolívia, do Paraguai e do Chile. Os dois acordos foram ratificados pela lei n. 14.039. As reuniões de Montevidéu e Salta, que ficariam conhecidas como Conferências do Rio da Prata, e os convênios nelas firmados evidenciam uma intensificação do processo de cooperação das repúblicas sul-americanas no campo da saúde. O passo decisivo para a implementação da Campanha Continental na Argentina, no entanto, só seria dado em 5 de dezembro de 1950, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela (decreto n. 25.798). No ano seguinte, foi outorgada a Lei de Profilaxia da Febre Amarela, que estabelecia o arcabouço legal para o funcionamento do novo órgão. Problemas de ordem administrativa, contudo, impediram que o programa deslanchasse de imediato no país.

Nos anos de 1952 e 1953, o SNFA tinha atuado em apenas 93.000 $km^2$ dos 1.500.000 $km^2$ presumivelmente infestados por *Aedes aegypti*, inspecionando e tratando cerca de 200 localidades. Diante dessa realidade, em 1954 foi firmada uma carta-convênio entre o Ministério de Assistência Social e Saúde Pública da Argentina e a OSP, mediante a qual se estabelecia um Plano de Operações para a Erradicação do *Aedes aegypti*, com o objetivo de erradicar o vetor da febre amarela de todo o território do país. O programa estava a cargo da Direção Nacional de Saúde Pública do referido Ministério, por meio da Direção de Luta contra o Paludismo e a Febre Amarela, com assessoria técnica da OSP.[371]

No Uruguai, o combate a *Aedes aegypti* era mais antigo, remontando a 1929. Nesse ano, o parlamento do país atendeu a uma recomendação de Claveaux – então diretor de Saúde e, posteriormente, ministro da Saúde – e liberou recursos para a adoção de medidas sanitárias contra o mosquito. A principal preocupação das autoridades uruguaias era que a epidemia de febre amarela que havia eclodido no Rio de Janeiro no ano anterior atingisse Montevidéu, em virtude do comércio entre as duas cidades.

Foram organizadas, então, as primeiras brigadas de *polícia de focos*, dedicadas à luta antilarvária através da utilização do petróleo como larvicida, uma vez que o DDT ainda não existia naquela época. Com o controle da epidemia na capital do Brasil, contudo, o serviço antilarvário uruguaio foi enfraquecendo-se até ser extinto em abril de 1930. O combate à febre amarela no país só voltaria a merecer a atenção das autoridades sanitárias em 1943, quando o Serviço de Higiene Municipal de Rivera organizou, com a colaboração do SNFA, uma brigada de oito guardas sanitários, equipados e treinados de acordo com as diretrizes técnicas desenvolvidas pela agência brasileira, que conseguiu erradicar *Aedes aegypti* daquele departamento.[372]

A retomada definitiva do programa de erradicação de *Aedes aegypti* do Uruguai, contudo, só ocorreria com a assinatura do Acordo Sanitário Pan-Americano. Após a ratificação do tratado, foi firmado um convênio entre o Ministério da Saúde do país e a OSP para a execução do programa, que recebeu o nome de Projeto 28. O texto do acordo mencionava o fato de os governos do Paraguai e da Argentina já terem estabelecido convênios com a OSP para a implementação da Campanha Continental em seus respectivos territórios como um impulso para que o Uruguai também iniciasse o seu programa de erradicação, na medida em que "o agente transmissor da febre amarela se encontra em muitos lugares da fronteira uruguaia, existe na capital e, provavelmente, em vários outros pontos do país". Tal fato constituía um perigo para as nações vizinhas; particularmente para o Brasil, cujas cidades localizadas na fronteira, livres de *Aedes aegypti,* podiam sofrer uma reinfestação a partir do território uruguaio; e para o próprio Uruguai, pois podia fazer com que o aparecimento de um único caso de febre amarela no país gerasse uma epidemia.[373]

O acordo estabelecia como principais atividades a serem desenvolvidas: a determinação do índice de *Aedes aegypti* nos núcleos urbanos e nas áreas rurais do país; a aplicação do DDT em todos os reservatórios de água nas áreas onde o mosquito havia sido encontrado; a verificação dos resultados através de pesquisa dos focos larvários ou da captura do mosquito adulto, a organização de cursos para guardas sanitários, o estabelecimento de uma oficina central para cuidar das tarefas administrativas, a preparação de informes estatísticos, a aquisição e distribuição de equipes e material e a confecção de arquivos.[374]

Pelo acordo entre o governo uruguaio e a OSP, a organização técnica da Campanha Continental no país ficaria a cargo do organismo sanitário interamericano, ao passo que o Ministério da Saúde Pública seria o

responsável por sua implementação e financiamento. A campanha deveria ser realizada em duas etapas, primeiro no interior e depois na capital. Como forma de iniciá-la, em 1º de agosto de 1948 foram criadas as primeiras escolas de treinamento nas cidades fronteiriças de Artigas e Rivera, nas quais os guardas sanitários municipais eram preparados para a campanha por instrutores do SNFA, "devido à sólida experiência acumulada por seus técnicos na campanha contra o mosquito no Brasil". Assim, no primeiro ano do programa de erradicação de *Aedes aegypti* no Uruguai, as atividades consistiram no levantamento do índice inicial de mosquitos, para que se tivesse uma ideia do tamanho do problema. Com exceção de Maldonado, todas as capitais regionais foram diagnosticadas positivas para o vetor da febre amarela. Posteriormente, foram examinadas as regiões próximas às áreas infestadas, totalizando 239 localidades com um índice de positividade para o mosquito de 29%.[375]

A segunda etapa da Campanha Continental no Uruguai teve início em 15 de março de 1950 e consistiu em um ataque ao vetor da febre amarela em Montevidéu, onde o volume de trabalho era muito superior ao do restante do país. Nessa etapa, foram utilizados os guardas sanitários que haviam sido formados por funcionários do SNFA para atuarem nas atividades no interior do país, o que significou a interrupção do trabalho que vinha sendo realizado nessas áreas. No fim do primeiro semestre de 1953, 606 localidades haviam sido inspecionadas, cobrindo toda a cidade de Montevidéu, quase todas as zonas urbanas do interior do país e grande parte de sua área rural. Dessas, 124 foram diagnosticadas positivas inicialmente. Assim, para que a campanha de erradicação de *Aedes aegypti* fosse finalizada com êxito, restavam ainda três tarefas: determinar a densidade do mosquito em uma parte da área rural; realizar o tratamento de 70.000 localidades em Montevidéu que, por falta de pessoal, ainda não tinham recebido a primeira dedetização perifocal; e efetuar a verificação dos resultados em toda a capital, incluindo os seus subúrbios.[376]

Nessa época, princípios dos anos 1950, Soper deu início a um processo de inclusão progressiva dos países e territórios do Caribe, da América Central e do norte da América do Sul nas reuniões e demais instâncias da OSP como membros plenos e não mais como observadores. Para tanto, ele passou a convidar representantes da França (que tinha possessões no Caribe e a Guiana Francesa), Holanda (presente nas Antilhas Holandesas e na Guiana Holandesa) e do Reino Unido (representando as Honduras Britânicas, a Jamaica e a Guiana Inglesa) como delegados plenos (Cueto, 2007a).

Em sintonia com esse processo e paralelamente ao desenvolvimento da Campanha Continental sem maiores sobressaltos na região do Rio da Prata, Soper iniciou entendimentos com os países do Caribe para a expansão do programa de erradicação de *Aedes aegypti* para a região. Em novembro de 1948, ele escreveu uma carta para Lawrence W. Cramer, secretário-geral da Comissão Caribenha, sediada em Porto Príncipe, Trinidade, na qual manifestava tal intenção. A favor de sua proposta, ele afirmava que os custos das medidas anti-*Aedes aegypti* adotadas então eram apenas uma fração do que era gasto antes do advento do DDT e que o inseticida tinha tornado a erradicação do vetor da febre amarela "relativamente simples e barata". A OSP, por sua vez, prosseguia Soper, encontrava-se em uma posição que lhe permitia fornecer assistência técnica para a realização de um levantamento do índice do mosquito na região, orientação para que medidas de controle fossem adotadas e, em alguns casos, treinamento no exterior para os trabalhadores da campanha. Soper aconselhava ainda os países caribenhos a disponibilizarem recursos nos seus orçamentos para o ano de 1949 com o intuito de organizar os serviços de erradicação do mosquito.[377]

Enquanto isso, no norte da América do Sul, a situação variava consideravelmente de país para país. Na Guiana Britânica, o serviço de erradicação de *Aedes aegypti* estava bem-organizado e vinha realizando progressos, de modo que a direção da OSP entendia que uma assistência externa ao país não era necessária. Tanto na Guiana Francesa quanto na Holandesa, contudo, as autoridades mostravam-se dispostas a implementar a Campanha e Soper defendia que algumas providências deveriam ser tomadas para orientar os serviços a serem organizados nessas regiões. Nenhum compromisso, no entanto, foi estabelecido. Paoliello, consultor da OSP para a Campanha Continental no norte da América do Sul, sugeriu que o organismo sanitário interamericano disponibilizasse fundos para o envio de um especialista da Guiana Britânica para Trinidade a fim de orientar o serviço nesse país. Nenhuma ação, contudo, foi tomada com base nessa sugestão. Na Venezuela, onde Odair Franco estava trabalhando em conjunto com alguns inspetores na reorganização do serviço anti-*Aedes aegypti* do país, foram firmados acordos para que os salários desses funcionários fossem pagos pelo governo venezuelano. No Equador, um único inspetor do Brasil estava trabalhando com salário e despesas pagas pela OSP. Na Colômbia, também havia negociações em curso para que funcionários brasileiros do SNFA fossem enviados ao país para trabalhar no serviço anti-*Aedes*

*aegypti* que estava sendo organizado, mas os planos foram interrompidos temporariamente em virtude da situação política do país.[378]

Em 1950, a Fundação Rockefeller retirou-se em definitivo dos Laboratórios de Febre Amarela localizados no Brasil e na Colômbia, responsáveis pela produção e distribuição da vacina contra a doença para os demais países do continente. A organização estava direcionando as suas atividades para a montagem de um grande programa de pesquisas sobre vírus, com a criação de novos laboratórios voltados para esse fim em diversas partes do mundo,[379] o que resultaria na identificação de novos vírus que afetavam o homem, no desenvolvimento de técnicas para a identificação de viroses e no seu melhor entendimento (Theiler & Downs, 1973). A nova reestruturação interna da Fundação Rockefeller também levaria à extinção, em 1951, da sua DSI, cujas atividades seriam absorvidas por uma nova Divisão de Medicina e Saúde Pública (Division of Medicine and Public Health – DMPH) (Farley, 2004).

A retirada da Fundação Rockefeller dos Laboratórios de Febre Amarela do Brasil e da Colômbia provocou uma séria crise da vacina, durante a qual o fornecimento não foi suficiente para atender a demanda da região. Nesse cenário, coube à OSP solucionar o problema, negociando acordos com os governos colombiano e brasileiro, mediante os quais a Organização apoiaria tais laboratórios que, em troca, se comprometiam a garantir o fornecimento da vacina e os serviços necessários das seções de sorologia, patologia e de diagnóstico para as nações do hemisfério ocidental.[380] O organismo interamericano de saúde substituía, assim, a Fundação Rockefeller no papel de coordenador dos estudos e das atividades de combate à febre amarela nas Américas, ao qual a organização filantrópica norte-americana tinha se dedicado desde os anos 1920.

A Colômbia era um país-chave para o sucesso da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, não apenas pela existência de um Laboratório de Febre Amarela no país como também por sua posição geográfica no norte da América do Sul. Soper tinha consciência dessa importância, tanto que, uma vez encaminhadas as atividades no sul do continente, tratou de retomar as negociações com as autoridades colombianas para que o país também aderisse à Campanha. Em 1º de abril de 1949, ele enviou uma carta para o ministro da Saúde na qual falava sobre o programa de erradicação do vetor da febre amarela das Américas. Nela, Soper afirmava que o governo colombiano tinha gasto recursos consideráveis nos últimos anos em atividades de controle do mosquito em Barranquilla e

em outras cidades do país sem, no entanto, alcançar a erradicação que, na sua opinião, era a única solução para o problema. Diante dessa situação, ele ressaltou que a erradicação de *Aedes aegypti* era inteiramente viável naqueles países capazes de organizar uma campanha simultânea ao longo de todas as regiões infestadas, aproveitando as "propriedades excepcionais do DDT como larvicida". Nesse ponto, prosseguia Soper, a Colômbia tinha uma vantagem, pois muitas regiões do país propícias à propagação do mosquito ainda não haviam sido infestadas. Desse modo, ele recomendava ao governo colombiano que aproveitasse que a OSP estava enviando especialistas do SNFA para organizar as atividades da Campanha Continental em diversos países das Américas e solicitasse ajuda. Se o pedido fosse feito, Soper se dispunha a enviar um representante da OSP ao país para ajudar na preparação dos planos operacionais e na elaboração do orçamento para o programa de erradicação de *Aedes aegypti* em todo o território colombiano.[381]

A sugestão de Soper foi aceita e, em novembro de 1949, foi assinado um convênio entre o ministério da Saúde da Colômbia e a OSP, estabelecendo que a Campanha Continental deveria ter início no país em janeiro do ano seguinte.[382] Dessa data até 1957, o programa de erradicação de *Aedes aegypti* se desenvolveu sem maiores sobressaltos. Em 1957, no entanto, foi constatada a resistência do vetor da febre amarela ao DDT na cidade de Cúcuta, localizada na fronteira com a Venezuela. A partir de então, o mosquito passou a ser combatido no país com base no dieldrin, um inseticida igualmente de ação residual e também aplicado através do método perifocal, produzido originalmente em 1948 como uma alternativa ao DDT. Como resultado das atividades, em 1960 o mosquito *Aedes aegypti* foi erradicado da cidade e de todo o território colombiano, fato comprovado após quatro verificações negativas consecutivas. Cúcuta, no entanto, sofreu uma reinfestação em 1961, que só seria controlada dois anos depois. Dessa data até 1965 foram realizadas oito verificações negativas consecutivas.[383]

Com relação ao Brasil, o país havia aprovado o Acordo Sanitário Pan-Americano em 6 de outubro de 1948, através do decreto legislativo n. 30. Menos de um mês depois, em 3 de novembro, Soper enviou um ofício à Clemente Mariani, ministro da Educação e Saúde Pública, pedindo para fazer "uso integral do pessoal altamente experimentado do Serviço Nacional de Febre Amarela do Brasil, cujos funcionários têm tido mais experiência no que diz respeito a esse problema do que qualquer outro grupo de trabalhadores do mundo".[384]

De modo a atender à solicitação de Soper, em novembro de 1949 Paoliello apresentou a minuta de um acordo entre o Ministério da Educação e Saúde e a OSP. Pela proposta, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e o SNFA proporcionariam a Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai, por intermédio da OSP, os elementos necessários para a profilaxia da febre amarela nesses países, tais como a vacina antiamarílica, provas de neutralização e exames histopatológicos de amostras de fígado, além de técnicos brasileiros "e outras facilidades disponíveis para a preparação do pessoal necessário em qualquer outro país das Américas". A OSP, por seu turno, poderia "utilizar os técnicos do MES fora do Brasil, para outros trabalhos de saúde pública" – desde que pagasse integralmente os seus salários –, bem como solicitar que "o Diretor ou outros técnicos do Laboratório de Febre Amarela visitem outros países a fim de desenvolverem os programas cooperativos e atividades mencionadas neste convênio".[385]

No plano organizativo, embora o Laboratório de Febre Amarela e o SNFA permanecessem como partes integrantes, respectivamente, do IOC e do DNS, ambos vinculados ao ministério da Educação e Saúde, as duas instituições "gozarão da máxima autonomia em todos os assuntos relacionados com os detalhes de seus programas, operações e atividades". Com relação ao financiamento, o acordo estabelecia que a OSP destinaria anualmente recursos financeiros para a preparação da vacina antiamarílica, a realização de exames de amostras de fígado, estudos, pesquisas e demais atividades entomológicas, epidemiológicas e sorológicas sobre a febre amarela ou assuntos afins. O governo brasileiro, por sua vez, se comprometia "a manter para cada ano, durante a vigência deste convênio, no que se refere aos assuntos da seção anterior, pelo menos as verbas a eles discriminadas, para o ano de 1950".[386]

Após quase seis meses de negociação, em 6 de maio de 1950 o convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a OSP para a cooperação na Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* foi assinado pelo ministro Mariani e por Soper. O texto do acordo foi bastante modificado se compararmos com a minuta elaborada por Paoliello. No convênio aprovado ficaram definidas as funções específicas de cada órgão brasileiro. O Laboratório de Febre Amarela do IOC continuaria disponibilizando, por intermédio da OSP, a todos os países americanos – e não apenas a Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai – serviços e facilidades, tais como a vacina antiamarílica, análises de provas de proteção para estudos da imunidade no homem e em animais, exames histopatológicos de amostras de fígado,

além de “facilitar, sempre que possível, a viagem de pesquisadores e técnicos de laboratório a outros países, para os estudos e pesquisas” que forem combinados entre a OSP e o IOC, “e permitir que os técnicos de outros países façam estágios de aprendizado no mesmo laboratório”. O SNFA, por sua vez, continuaria executando pesquisas e trabalhos entomológicos nos países americanos, fornecendo os técnicos necessários “ao planejamento, organização, instalação e funcionamento de serviços nacionais de embate à febre amarela, em todas as suas fases, com especial referência ao programa de erradicação do *Aedes aegypti*”, e permitindo que funcionários de outros países fizessem estágio de aprendizado em seus serviços. Os técnicos do SNFA, inclusive, quando estiverem realizando atividades da Campanha Continental fora do Brasil, “ficarão à disposição” da OSP, tendo assegurados pelo governo brasileiro os seus vencimentos, bem como os direitos e privilégios inerentes aos cargos e funções que ocupam no Brasil. Contudo, ao contrário do que queria Paoliello, eles só poderiam ser utilizados em outros programas de saúde pública conduzidos pela OSP mediante consulta e autorização dos diretores do SNFA e do IOC, respectivamente. Os diretores dos dois órgãos também se comprometiam a fornecer informes mensais à OSP sobre as atividades previstas no convênio.[387]

A OSP, por sua vez, na condição de coordenadora da Campanha Continental e dos estudos sobre a febre amarela, teria as seguintes responsabilidades: promover acordos com as repúblicas americanas para a Campanha Continental; zelar para que as autoridades sanitárias da região mantivessem em funcionamento os postos de viscerotomia nas áreas consideradas endêmicas, sobretudo ao longo das fronteiras; facilitar a execução das tarefas atribuídas ao IOC e ao SNFA; promover estudos e investigações sobre o problema da febre amarela silvestre no continente; facilitar a visita dos diretores do SNFA, do IOC e do Laboratório de Febre Amarela aos países onde técnicos dos referidos órgãos estivessem atuando ou tenham executado trabalhos, bem como a outros países interessados em implementar a Campanha Continental.[388]

No tocante ao financiamento, a OSP se comprometia a compensar as despesas que o Laboratório de Febre Amarela do IOC teria com as tarefas estabelecidas pelo convênio facilitando os materiais, equipamentos e serviços que se fizessem necessários, desde que essa contribuição não excedesse a quantia anual de cinco mil dólares. A duração do convênio seria de três anos, podendo ser prorrogado se assim conviesse a ambas as partes. Tanto a OSP quanto o Ministério da Educação e da Saúde do

Brasil poderiam rescindir o acordo a qualquer momento, desde que a outra parte fosse comunicada com uma antecedência mínima de seis meses. A implementação ficava condicionada à aprovação pelos órgãos competentes do governo brasileiro e à sua publicação no *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, o que aconteceu apenas em 27 de junho de 1950. Dessa data até dezembro de 1956, o acordo foi renovado sucessivamente.[389]

O convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a OSP constitui-se em mais uma evidência da crescente cooperação interamericana em saúde. A sua assinatura permitiu à OSP contar com as facilidades do Laboratório de Febre Amarela do IOC para a produção da vacina antiamarílica e para a realização de exames histopatológicos de amostras de fígado, bem como com técnicos e especialistas brasileiros do SNFA, que passaram a ser enviados, cada vez com maior frequência, para diversas repúblicas americanas. Franco (1969: 143) destaca que, em 1950, ano em que o convênio foi firmado, o SNFA "atingiu o auge de suas atividades, contando com 3.349 servidores que atuavam em 112.950 localidades do continente".

Àquela altura, o Laboratório de Febre Amarela do Rio de Janeiro, construído e mantido graças a uma cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro, era o mais importante do gênero, dentre os poucos existentes, responsabilizando-se pelos exames e estudos histopatológicos, pelas provas sorológicas – quer do homem, quer de animais –, pelas pesquisas epidemiológicas e pela preparação da vacina antiamarílica para todos os países das Américas. O SNFA, por seu turno, era o modelo para todas as agências similares criadas em diferentes nações do continente desde os anos 1930, além de colaborar com as atividades de erradicação de *Aedes aegypti* em quase todos os países das Américas. Por fim, havia naquele momento um entendimento de que tais atividades deveriam ser coordenadas em todo o continente e que era necessário utilizar os recursos e a experiência acumulados pelo Brasil em relação à febre amarela. O governo brasileiro, por sua vez, estava disposto a manter as atividades do SNFA e do Laboratório de Febre Amarela em uma base de cooperação com a OSP. Como resultado, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* pôde continuar a sua expansão para os demais países da América do Sul e para a região do Caribe, seguindo o planejamento traçado por Soper inicialmente.

## A Reorganização da OSP e o Ápice da Campanha Continental

As negociações com os países do continente prosseguiram durante toda a década de 1950. Os diários que Soper escreveu nesse período nos dão uma ideia das constantes viagens que ele realizou pelas Américas procurando convencer os governos da região a implementar a Campanha Continental. Em maio de 1950, por exemplo, Soper visitou o Haiti, a República Dominicana e Cuba, antes de retornar à Washington D.C. ainda naquele mês. Em junho, ele partiu em uma nova viagem para o Haiti, seguindo depois para a Guatemala, San Salvador, Nicarágua e México. Em setembro, Soper retornou ao Haiti e à República Dominicana.[390] Em janeiro de 1951, Soper viajou para a América Central seguindo, posteriormente, para Buenos Aires, onde persuadiu o governo argentino a aderir ao programa de erradicação de *Aedes aegypti*. Da Argentina, ele seguiu para o Rio de Janeiro, para discutir a produção da vacina contra a febre amarela no principal laboratório de estudos sobre a doença, localizado na cidade.[391]

Além do empenho pessoal de Soper, a cooperação técnica entre os países latino-americanos e a OSP para a adoção de programas de saúde de grande magnitude, como a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, foi favorecida pelo estabelecimento de instituições de pesquisa e centros pan-americanos na região, vinculados à Organização e destinados ao combate e à realização de pesquisas sobre doenças específicas. Em 1949, por exemplo, foi inaugurado, na Guatemala, o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (Incap), cujas origens remontam ao ano de 1946, quando seis países da região assinaram um acordo preliminar para a sua criação. Em 1950, foi a vez de o Rio de Janeiro receber o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (Panaftosa), responsável por pesquisas sobre o desenvolvimento de uma vacina contra a doença e pela busca de um mecanismo que levasse à sua erradicação. Em 1956, foi criado, na cidade de Azul, na Argentina, o Centro Pan-Americano de Zoonoses (Cepanzo), consagrado ao estudo de doenças transmissíveis que atingem tanto os seres humanos quanto os animais. Esse centro é conhecido atualmente como Instituto Pan-Americano de Proteção dos Alimentos e Zoonoses (INPPAZ) e funciona, desde 1991, em Buenos Aires (Lima, 2002; Cueto, 2007a).

A criação das instituições supracitadas evidencia uma maior colaboração dos países do continente na área da saúde, que caracterizou

o período em que Soper esteve à frente da OSP. Desde a XII Conferência Sanitária Pan-Americana – a mesma que o elegeu para a direção da OSP – realizada em Caracas, em 1947, o trabalho da Organização passou a ser dividido entre quatro corpos diretivos. O primeiro e mais importante era a Conferência Sanitária Pan-Americana, que acontecia a cada quatro anos, sempre em um país diferente do continente, e contava com a presença de delegados de todos os Estados-membros, bem como de observadores. Na Conferência, decidia-se sobre as políticas da Organização e elegia-se o diretor. O segundo era o Conselho Diretor, que estava composto de um representante de cada um dos países-membros e se reunia nos anos em que a Conferência não era realizada, com atribuições similares a essa. Havia também o Comitê Executivo, composto por representantes de sete países-membros, eleitos pelo Conselho Diretor ou pela Conferência para mandatos de três anos, com reuniões semestrais. As suas atribuições eram acompanhar o trabalho da Secretaria Executiva da OSP e preparar as reuniões do Conselho e as Conferências sanitárias. Por fim, havia a própria Secretaria Executiva da Organização, chamada de Repartição Sanitária Pan-Americana (RSP), chefiada pelo diretor e responsável por seguir as orientações e por implementar as decisões tomadas na Conferência, no Conselho ou no Comitê Executivo (Lima, 2002; Cueto, 2007a).

Outra marca da gestão de Soper foi a regionalização das atividades da Organização. De modo a facilitar a implementação de programas sanitários no continente – sobretudo a Campanha Continental, aprovada nessa ocasião – na I Reunião do Conselho Diretor, realizada em 1947, em Buenos Aires, decidiu-se descentralizar as ações do organismo sanitário interamericano por meio da divisão das Américas em seis zonas. A Zona I, com sede em Washington D.C., englobava o Alasca (na época um território norte-americano e não um estado da União, o que só ocorreria em 1959), os Estados Unidos, o Canadá e as colônias europeias nas Américas, com exceção das Honduras Britânicas, atual Belize; a Zona II, estabelecida na Cidade do México, cuidaria do próprio México, do Haiti, da República Dominicana, de Belize e de Cuba; a Zona III, na cidade da Guatemala, seria responsável pelo país homônimo, por Honduras, Costa Rica, El Salvador, Nicarágua e Panamá; a Zona IV, por sua vez, sediada em Lima, responderia pela Bolívia, Peru, Colômbia, Equador e Venezuela; a Zona V, no Rio de Janeiro, era exclusiva para o Brasil; e, por fim, a Zona VI, com sede em Buenos Aires, cuidaria das atividades da Organização na Argentina, Chile, Uruguai e Paraguai. Importante salientar que os escritórios de campo

da OSP em El Paso, no Texas, e na Jamaica, já citados anteriormente, permaneciam em funcionamento (OPS, 1992; Courtney, 1954; Lima, 2002; Cueto, 2007a).

Cueto (2007a: 129) destaca que, com a organização das atividades da OSP por zonas, "não era mais necessário fazer consultas e esperar que as decisões e verbas emanassem centralmente da sede", o que resultou em um processo de tomada de decisões e de distribuição de recursos mais eficiente.

O Escritório da Zona V, responsável pelas atividades da OSP no Brasil, foi criado em julho de 1951, mediante um acordo entre a Organização e o governo brasileiro. Em outubro, Kenneth Courtney foi designado o primeiro representante do organismo sanitário interamericano no país.[392] As suas funções eram assessorar as autoridades sanitárias federais e estaduais, facilitar a obtenção de equipamentos e materiais de saúde pública e colaborar na execução dos programas da Organização, principalmente na Campanha Continental, na criação do Panaftosa e no programa de bolsas de estudo (Courtney, 1954).

Como salienta Lima (2002), o estabelecimento do escritório da OSP no Brasil ocorreu em um momento no qual o país discutia a criação de um ministério específico para a Saúde, que seria instituído em 1953. Com a criação da nova pasta, o DNS, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e o IOC passaram a fazer parte de sua estrutura, assim como o SNFA.[393] Em 1956, ocorreu uma nova mudança na estrutura de saúde do Estado brasileiro com a criação do DNERu, que absorveu os Serviços Nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela. Mário Pinotti, primeiro diretor-geral do novo órgão, designou um coordenador para cada uma das 13 endemias que estavam sob a sua jurisdição. A Coordenação do Combate à Febre Amarela ficou sob a responsabilidade de Odair Franco (Franco, 1969).

Soper acompanhava com atenção as transformações que ocorriam no campo da saúde e em suas instituições no Brasil, dada a importância do país para o sucesso da Campanha Continental, cuja coordenação ele tinha que conciliar com as demais atribuições do cargo de diretor da OSP. Paralelamente às constantes viagens, ele dedicava-se também às reuniões do Conselho Executivo, à preparação dos relatórios anuais, à publicação regular do *BOSP* e à organização e realização das Conferências Sanitárias Pan-Americanas, que contavam com a participação de centenas de delegados. As Conferências Sanitárias, inclusive, assim como outros espaços institucionais da OSP, tiveram um papel importante no desenvolvimento da Campanha Continental, fortalecendo e legitimando as negociações que

Soper conduzia pessoalmente com os governos latino-americanos em suas inúmeras viagens pelo continente.

A XIII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada entre 1 e 10 de outubro de 1950, na cidade de Trujillo, na República Dominicana, por exemplo, aprovou uma resolução recomendando aos Estados-membros que executassem imediatamente os programas de saúde internacionais, regionais e continentais em seus respectivos territórios, "mesmo quando tais programas parecerem não ter uma importância imediata para eles".[394] De acordo com Soper, "esta resolução de 1950 foi escrita especificamente devido à atitude dos Estados Unidos de não participar do programa para a permanente eliminação do mosquito da febre amarela do Hemisfério Ocidental".[395]

Quatro anos depois, a XIV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada entre 7 e 22 de outubro de 1954, em Santiago do Chile, foi marcada por discussões sobre o financiamento e a estrutura político-administrativa da OSP. Na ocasião, foram aprovados o orçamento e o projeto de programa da Organização e Soper foi eleito para o seu terceiro mandato. A Conferência de Santiago marcou também o lançamento da campanha para a erradicação da malária do continente, que foi definida como meta prioritária e que, no ano seguinte, daria origem ao Programa de Erradicação da Malária da Organização Mundial da Saúde.[396]

Em 1956 tiveram início os preparativos para a XV Conferência Sanitária Pan-Americana, que se realizaria em San Juan, Porto Rico, entre 21 de setembro e 6 de outubro de 1958. Dada a situação política do país sede – definido como "Estado livre associado" aos Estados Unidos – o governo norte-americano designou uma comissão organizadora para colaborar na organização da Conferência. A comissão tinha como presidente Francis O. Wilcox, secretário adjunto dos Estados Unidos para assuntos das organizações internacionais, Guillermo Arbona como presidente executivo e Artur Morales Carrión como secretário, respectivamente secretário de Saúde e secretário de Estado do governo de Porto Rico. Os demais membros da comissão eram Harold G. Kissick e Williams L. Krieg, ambos do Departamento de Estado norte-americano, Arthur S. Osborne, da Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos, e Adolfo Porrata Doria, da Secretaria de Estado de Porto Rico.[397]

O programa da Conferência de Porto Rico previa a discussão de quatro temas principais: discussões técnicas sobre "a prevenção dos acidentes na infância", informes dos Estados-membros sobre as suas condições de saúde

e os progressos sanitários alcançados no período transcorrido entre a XIV e a XV Conferência Sanitária Pan-Americana, erradicação da malária nas Américas, e o estado da erradicação de *Aedes aegypti* no continente. Com relação a esse último tema, o documento afirmava que os esforços conjuntos da OSP e dos países-membros na Campanha Continental tinham tornado possível a erradicação do vetor da febre amarela do Brasil, de parte da Colômbia, da Costa Rica, do Chile, do Equador, de Honduras, da Nicarágua, do Panamá, do Paraguai, do Peru, do Uruguai, de Aruba, de Belize, de Bermuda, de Granada, da Guiana Britânica e da Guiana Francesa.

Ficou estabelecido, então, que os governos desses países, em conjunto com os técnicos da OSP, deveriam proceder a uma verificação da erradicação do mosquito de seus respectivos territórios e, no caso de nenhum espécime do inseto ser encontrado, apresentar uma declaração oficial sobre o tema na Conferência. Além disso, o diretor da OSP ficaria responsável por apresentar um documento sobre o estado da erradicação de *Aedes aegypti* no continente, com base nos informes periódicos preparados pelos países-membros, assim como nos informes especiais que, porventura, fossem remetidos à Organização em apoio à sua declaração oficial, desde que recebidos até a data máxima de 15 de julho de 1958. Dada a importância do tema da erradicação de *Aedes aegypti* no continente, ficou decidido que o mesmo deveria ser apreciado pelo plenário da Conferência. Assim, à apresentação do documento que seria preparado por Soper se seguiriam as declarações oficiais das delegações dos países cujas atividades de erradicação do vetor da febre amarela tinham sido bem-sucedidas.[398]

A dinâmica estabelecida *a priori* foi seguida à risca na realização da XV Conferência Sanitária Pan-Americana, em San Juan, Porto Rico, em outubro de 1958. Todos os países que haviam completado com êxito a Campanha Continental, e mesmo alguns que ainda não tinham, apresentaram informes sobre o programa de erradicação de *Aedes aegypti* desenvolvido em seus respectivos territórios. Foram eles: Guiana e as Honduras Britânicas (Belize),[399] Uruguai,[400] Nicarágua,[401] El Salvador,[402] Panamá,[403] Argentina,[404] Honduras,[405] Equador.[406]

O informe apresentado pelo governo brasileiro na Conferência de Porto Rico foi um dos mais extensos, traçando um histórico da luta contra o vetor da febre amarela no país. Ele destacava que a campanha que resultou na erradicação de *Aedes aegypti* do Brasil durou 27 anos (1931-1957) contando, "em sua fase de organização, isto é, até 1940", com a cooperação da Fundação Rockefeller, sob a direção de Soper, "o mesmo homem que

anos depois, como Diretor da Organização Sanitária Pan-Americana, possibilitava (...) a expansão dos trabalhos a quase todos os países das Américas, na sua fé inabalável de que o '*aegypti*' pode e deve ser banido de todo o Hemisfério". A continuidade da campanha também foi ressaltada na homenagem prestada a alguns personagens, todos eles funcionários da Fundação Rockefeller com atuação no Brasil: "Devemos a Fred Soper que contou com a eficiente cooperação de D. B. Wilson, E. Rickard, J. Crawford, Smith, J. A. Kerr e outros, grande parte do êxito desta campanha, inspirador e propugnador que tem sido da ideia de erradicação do mosquito". O documento destacava também que, de 1940 a 1957, o trabalho foi realizado exclusivamente pelo governo brasileiro, sob a orientação de Sérvulo Lima (1940-1941), Waldemar Antunes (1941-1953) e Luís Ferreira Tavares Lessa (1953-1956), que assumiram consecutivamente a direção do SNFA e deram prosseguimento à campanha. Com a criação do DNERu em 1956, a tarefa foi concluída pelo novo órgão.[407]

O informe mencionava uma guinada decisiva na campanha de erradicação de *Aedes aegypti* no Brasil que teria ocorrido no fim de 1947 quando, após um breve período de testes, o SNFA passou a utilizar o DDT. Nessa época, o mosquito já havia sido erradicado das regiões Norte, Sul e Centro-Oeste do país, restando apenas alguns focos na região Nordeste. Desse modo, entre 1948 e 1954, o SNFA empregou o novo inseticida por diversas vezes em grandes áreas dessas regiões, através do método perifocal. Como resultado, em março de 1955 o último foco de *Aedes aegypti* no Brasil foi encontrado e eliminado no estado da Bahia. Nos três anos seguintes, foram realizadas inspeções nas áreas onde o mosquito havia sido erradicado por último. Nenhum novo criadouro foi encontrado e nenhum caso de febre amarela foi diagnosticado no país, o que levou à conclusão de que *Aedes aegypti* tinha sido erradicado do Brasil.[408]

O documento apresentado pelo governo brasileiro também é importante porque evidencia como funcionava, na prática, o procedimento de verificação adotado pela OSP para atestar a erradicação de *Aedes aegypti* de um determinado país. Alguns anos antes da Conferência de Porto Rico, a OSP tinha começado a conceder certificados àqueles países que conseguissem erradicar o mosquito de seus territórios. Tal medida era, ao mesmo tempo, um incentivo e uma regulação adicional para a Campanha Continental. Para fazer jus ao certificado, um país ou região tinha que comprovar a ausência do mosquito por um ano, o que era feito através da realização de, pelo menos, três inspeções, a última das quais devendo ser

conduzida em cooperação com uma equipe técnica da própria OSP. Uma vez certificado como livre de *Aedes aegypti*, o país era inserido em um registro especial estabelecido pela Organização. Posteriormente, esse método de certificação internacional serviria de base para procedimentos adotados pela OMS para atestar a erradicação da malária e da varíola (Fenner, 1988). No Brasil, contudo, a verificação realizada em conjunto por técnicos brasileiros e os seus pares da OSP não implicou uma vistoria de todas as regiões do país, mas sim em uma seleção daquelas que deveriam ser inspecionadas, o que deixou lacunas.

Uma vez eliminado o último foco de *Aedes aegypti* no Brasil, em 1955, na Bahia, nos três anos seguintes o governo brasileiro realizou inspeções naquelas regiões onde as atividades de erradicação dos mosquitos foram implementadas por último. Como nenhum criadouro do inseto foi descoberto e nenhum novo caso de febre amarela foi notificado no país nesse período, em 1958 a OSP foi, então, convidada para atestar a erradicação do vetor da febre amarela do território brasileiro de acordo com as normas internacionais vigentes. O organismo procedeu, então, à verificação de algumas áreas da região Nordeste, onde o problema do mosquito teve maior gravidade, e não a revisão de todas as regiões antes infestadas. Assim, aquelas áreas onde a infestação fora menos intensa foram ignoradas.

O plano proposto pela OSP para a verificação final da erradicação do vetor da febre amarela do Brasil não pressupunha nem mesmo a realização de inspeções em todas as localidades das regiões citadas anteriormente. Pelo contrário, tal plano consistia em selecionar nos estados da Bahia, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, um determinado número de municípios entre aqueles mais infestados por *Aedes aegypti* e que tinham sido os últimos a se livrarem do mosquito e neles proceder a um "levantamento de índice pela pesquisa de focos, efetuando-se pesquisas minuciosas nas áreas mais favoráveis ao mosquito como se fossem para descobrir focos geradores, isto é, inspecionando também os depósitos de difícil acesso". A captura de "alados" também poderia ser realizada "caso fosse necessário" e apenas naqueles trechos "mais suspeitos de encontrar o mosquito". A inspeção deveria ter início pela sede do município e se estender, em seguida, para as localidades de maior intercâmbio com elas ou com regiões importantes de outros municípios. Depois, o trabalho seria expandido para áreas menores e para trechos da zona rural, que tivessem sido diagnosticados positivos alguma vez. Conforme consta no informe do governo brasileiro, "deveria ser dada prioridade às localidades infestadas por último e àquelas que

ainda não tinham sido verificadas de acordo com as normas em vigor". O programa de verificação também incluía a inspeção de portos internacionais, como os de Salvador e Recife, nos quais o mosquito *Aedes aegypti* não era encontrado há tempos, para atestar a eficácia da vigilância a que estavam sendo submetidos. Os responsáveis pelas atividades de verificação no país foram Odair Franco, coordenador do Combate à Febre Amarela no Brasil; Octavio Pinto Severo, consultor da OSP para a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* no setor sul da América do Sul, e Mario Pinotti, diretor do DNERu e ministro da Saúde. O plano foi executado entre 15 de abril e 30 de agosto de 1958 e os seus resultados confirmaram a erradicação de *Aedes aegypti* "das áreas do Brasil onde poderia perdurar ainda alguma dúvida sobre a sua existência".[409]

O relatório dessa inspeção foi aprovado em 2 de outubro de 1958 pela XV Conferência Sanitária Pan-Americana que, através de sua Resolução XXXV, declarou o Brasil livre do *Aedes aegypti*. A mesma Resolução certificou a erradicação do vetor da febre amarela de mais dez países e territórios das Américas: Belize, Bolívia, Equador, Guiana Francesa, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e a Zona do Canal:

> A XV Conferência Sanitária Pan-Americana,
>
> Tendo em conta que os informes sobre o estado da erradicação do *Aedes aegypti* correspondentes a Belize, Bolívia, Brasil, Equador, Guiana Francesa, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e a Zona do Canal, apresentados nesta Conferência, segundo os quais os ditos países e territórios se declaram livres de *Aedes aegypti*, depois de haverem cumprido satisfatoriamente as normas em que se baseiam os critérios estabelecidos pela Repartição Sanitária Pan-Americana para este fim,
>
> Resolve: Aceitar os informes apresentados nos quais se declara que Belize, Bolívia, Brasil, Equador, Guiana Francesa, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e a Zona do Canal ficaram livres do *Aedes aegypti* e fazer um chamado aos demais países e territórios, ainda infestados, a fim de que intensifiquem suas atividades nos termos da resolução aprovada na XI Conferência Sanitária Pan-Americana do Rio de Janeiro.[410]

Os delegados presentes em Porto Rico também aprovaram uma resolução conclamando os países ainda infestados pelo mosquito a intensificarem as suas atividades anti-*Aedes aegypti*.[411]

Outra decisão importante da XV Conferência Sanitária Pan-Americana foi a de rebatizar a OSP. Nessa ocasião, as autoridades sanitárias

das repúblicas americanas propuseram que a OSP passasse a se chamar Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). De acordo com Cueto (2007a), havia um entendimento de que o nome anterior não descrevia corretamente as funções e as atividades do organismo. A palavra saúde, por sua vez, era um termo mais amplo, capaz de captar plenamente o caráter da Organização e de explicitar para o público geral qual era a principal preocupação que orientava os seus planos e projetos. O novo nome também favoreceria o reconhecimento da entidade pela população do continente, o que poderia garantir um maior apoio às suas atividades. Ainda segundo o historiador, na escolha do novo nome, tomou-se o cuidado de assegurar que o mesmo "funcionasse nas quatro línguas da Organização: Pan American Health Organization, Organisation Panaméricaine de la Santé, Organização Pan-Americana da Saúde e Organización Panamericana de la Salud".

Ao fim da XV Conferência Sanitária Pan-Americana foi aprovada a chamada "Declaração de Porto Rico", que sinalizava uma tentativa das autoridades sanitárias do continente de adequar os projetos e programas da Opas, bem como a própria concepção de saúde que orientava as atividades da Organização, aos planos e ideias de desenvolvimento então em voga na região. O documento definia a saúde como "o resultado da conjunção dos esforços do indivíduo, da família e do Estado", "um direito inalienável e primogênito de toda pessoa" e "uma obrigação primordial dos governos e povos, que deve estar ao alcance de todos os habitantes do continente americano, como meio eficaz de conseguir o bem-estar do indivíduo e da família". Por tais motivos, "a saúde deve merecer atenção preferencial em todo programa de desenvolvimento econômico dos povos", pois ela é "um índice do estado econômico, cultural e social do indivíduo e da comunidade" (OPS, 1959).[412]

Como destaca Farley (2004), no fim da década de 1950 e início dos anos 1960, os dois pêndulos relacionados à saúde começavam a se movimentar novamente. Com relação ao primeiro pêndulo, a crença inicial de que as campanhas de erradicação das doenças transmissíveis eram um pré-requisito para o desenvolvimento socioeconômico deu lugar à convicção de que o desenvolvimento socioeconômico deveria preceder as melhorias em saúde. Um caso que ilustra essa mudança, de acordo com o historiador, foi a observação feita pelo Comitê de Especialistas em Malária da OMS, em 1960, de que qualquer programa antimalária requeria o desenvolvimento paralelo de serviços de saúde rural. A ideia original de uma organização específica voltada para a malária passou a ser considerada

desvantajosa figurando, em seu lugar, a crença de que o programa de erradicação precisava ser integrado aos serviços de saúde gerais. O segundo pêndulo, por sua vez, se moveu da ideia de que as campanhas antidoenças deveriam ser verticais para uma perspectiva mais horizontal, segundo a qual o sucesso estava diretamente relacionado à montagem de toda uma infraestrutura de saúde pública. De acordo com essa perspectiva – que se assemelhava às campanhas iniciais da DSI da Fundação Rockefeller na década de 1910 –, o Programa de Erradicação da Malária da OMS, por exemplo, poderia contribuir para o estabelecimento de serviços de saúde permanentes, que seriam indispensáveis para quebrar o ciclo vicioso de doença, baixa produtividade e pobreza adequando-se, assim, à ideologia do desenvolvimento. Soper não se mostrava nem um pouco entusiasmado com a nova abordagem, acusando o Comitê de Especialistas em Malária da OMS de abandonar o plano original de erradicação. Ele se mantinha firme em sua crença de que era possível erradicar doenças mesmo em regiões e países que não contavam com serviços de saúde.

O novo cenário se refletiu na eleição do novo diretor da agora designada Opas durante a Conferência de Porto Rico. A escolha recaiu sobre o médico chileno Abraham Horwitz, que se tornou o primeiro latino-americano a assumir a direção do organismo interamericano de saúde em seus mais de 50 anos de história. Tal fato evidencia a crescente importância que os países latino-americanos vinham adquirindo na Organização desde as décadas anteriores. Por outro lado, a saída de Soper da direção da Opas, após 12 anos no cargo, ocorreu em meio a um cenário no qual os programas sanitários baseados na filosofia erradicacionista começavam a sofrer questionamentos no campo da saúde internacional. A Conferência de Porto Rico encerrou, então, um período de ouro da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, durante o qual a meta de erradicar o vetor da febre amarela das Américas parecia estar cada vez mais próxima. Com a guinada cada vez maior da Opas em direção à temática do desenvolvimento, os anos 1960 assistiriam a um declínio da Campanha Continental e da filosofia erradicacionista que a embasava.

A resolução aprovada durante a Conferência de Porto Rico, declarando livres de *Aedes aegypti* 11 países e territórios do continente, incluindo o Brasil, e conclamando aqueles que ainda não haviam alcançado a meta a intensificarem os esforços era um claro recado aos Estados Unidos. O governo norte-americano, embora tivesse apoiado o lançamento da Campanha Continental em 1947, ainda não havia, até aquele momento,

dado início a um programa de erradicação do vetor da febre amarela em seu território. Essa situação mereceu severas críticas de Soper, que havia deixado a direção da Opas, mas permanecia ativo no campo da saúde internacional, defendendo a campanha que havia ajudado a construir e o conceito de erradicação dos vetores, mesmo em um cenário que vinha tornando-se cada vez mais adverso. Ele acusava o governo norte-americano de ser o responsável pela reinfestação que começava a ocorrer em alguns países das Américas Central e do Sul que já tinham erradicado *Aedes aegypti*. Diante das críticas de Soper, da pressão das repúblicas americanas para que erradicasse o vetor da febre amarela de seu território e do recrudescimento da Guerra Fria no continente a partir da Revolução Cubana, em 1959, os Estados Unidos tiveram que se posicionar diante dessa questão. É da resposta do governo norte-americano à demanda continental pela erradicação de *Aedes aegypti* que nos ocuparemos no próximo capítulo.

# 7

# A Guerra Fria Chega às Américas: origens, controvérsias e consequências do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos

> *A erradicação do Aedes aegypti nos Estados Unidos não deve ser considerada como uma medida isolada para proteger o país de uma ameaça potencial ou imediata, mas sim como um elemento essencial da prevenção da febre amarela urbana e marítima em todo o Hemisfério Ocidental.*
>
> Soper e Duffy (1979: 367)

Com a aprovação da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, em 1947, pela primeira vez a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) assumia a responsabilidade por uma meta concreta, o que contrastava com a sua atuação anterior, que consistia basicamente em recomendar a implementação de determinados programas sanitários aos Estados-membros. A tarefa de erradicar rapidamente o vetor da febre amarela se revestiria de um caráter de urgência nos dez anos seguintes (1948-1957), quando a enfermidade, em sua forma silvestre, invadiu o Panamá, a Costa Rica, a Nicarágua, Honduras, Guatemala e o México. Desde 1947, casos da doença foram diagnosticados também em Trindade e em praticamente todos os países da América do Sul, com exceção do Uruguai e do Chile. A ausência de epidemias urbanas durante essa invasão pode ser atribuída à Campanha Continental. A febre amarela, contudo, continuava representando uma séria ameaça à saúde no hemisfério ocidental.[413]

A gravidade da situação e a atuação de Fred Soper, que havia deixado o cargo de diretor da Opas em 1958, contribuíram para que, no começo dos anos 1960, programas de erradicação de *Aedes aegypti* fossem implementados em praticamente todos os Estados-membros da Organização, com exceção dos Estados Unidos. Como resultado desse esforço coletivo, no fim de 1961

vários países da América Latina e do Caribe foram certificados como livres de *Aedes aegypti*, tais como: Brasil, Bolívia, Honduras, Chile, Costa Rica, Guiana Francesa, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai. O programa de erradicação também se encontrava bem avançado na Colômbia, na Argentina e no México. Nesse cenário, as repúblicas americanas iniciaram uma pressão para que a Opas finalizasse rapidamente a campanha de erradicação do vetor da febre amarela nas Américas e se concentrasse em outros projetos sanitários de interesse da região. Como resultado, a XIII Reunião do Conselho Diretor da Organização, realizada em Washington D.C., em 1961, aprovou por unanimidade uma recomendação para que a Campanha Continental fosse finalizada nos cinco anos seguintes, de modo a possibilitar que a erradicação do mosquito fosse reportada à XVII Conferência Sanitária Pan-Americana, que se realizaria em 1966, também na capital norte-americana.[414]

A decisão do Conselho Diretor da Opas de finalizar a Campanha Continental o mais rápido possível se coadunava com o pensamento do novo diretor da Organização, o chileno Abraham Horwitz, que fora eleito para o cargo em 1958, no lugar de Fred Soper. Nessa época, a Opas executava cerca de 247 projetos, em áreas tão díspares como mortalidade infantil, saneamento ambiental, nutrição e educação sanitária. No início do seu mandato, que se estenderia até 1975, Horwitz se dedicou a dar continuidade aos projetos em curso, garantindo uma certa tranquilidade à Organização no período de transição que atravessava. Nesse sentido, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* foi mantida. O novo diretor da Opas, contudo, compartilhava de uma ideia que vinha disseminando-se rapidamente nos meios médicos e sanitários do continente, segundo a qual nenhum programa vertical poderia ser eficaz ou duradouro se não fosse capaz de se articular com os serviços de saúde em geral e fortalecê-los (Cueto, 2007a). Horwitz, inclusive, acreditava na existência de uma estreita relação entre saúde e economia, uma inovação que ele procurou introduzir na agenda da Opas (Pires-Alves, 2011). Na sua opinião, as condições sanitárias de uma determinada nação ou região dependiam do nível de desenvolvimento alcançado por ela. Desse modo, as intervenções médico-sanitárias só eram capazes de reduzir a incidência de determinadas enfermidades até um certo limite, para além do qual se faziam necessárias melhorias nos indicadores sociais que, por sua vez, só podiam ser alcançadas com o desenvolvimento econômico.[415] A Campanha Continental, baseada exclusivamente na erradicação de *Aedes aegypti*, não

se adequava a esse pensamento, de maneira que o melhor a ser feito era finalizá-la o quanto antes.

O binômio saúde e desenvolvimento estava na ordem do dia na virada dos anos 1950 para a década de 1960. Uma evidência disso pode ser encontrada na realização de uma reunião especial do Conselho Interamericano e Social (CIES) da Organização dos Estados Americanos (OEA), em Punta del Leste, no Uruguai, entre 5 e 17 de agosto de 1961. O encontro foi marcado por demandas dos países latino-americanos por desenvolvimento econômico e social, que se expressaram na chamada "Carta de Punta del Leste". O documento estabeleceu dois objetivos gerais: aumentar a expectativa de vida dos países da região em pelo menos cinco anos e ampliar as capacidades de aprendizagem e produção, mediante melhorias nas condições de saúde individual e coletiva. Entre os objetivos específicos estavam expandir o saneamento básico e o abastecimento de água encanada, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a nutrição, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, fortalecer os serviços básicos de saúde, investir em investigação científica e controlar as enfermidades transmissíveis. A "Carta de Punta del Leste" foi aprovada pelos representantes de todas as nações presentes, com exceção de Cuba (OPS, 1992).

A "Carta de Punta del Leste" considerava a saúde como um elemento essencial do desenvolvimento, enfatizando a necessidade de um planejamento estatal para a consecução dos objetivos nacionais de bem-estar, segurança e democracia. No âmbito das relações interamericanas, ela daria origem à Aliança para o Progresso, um programa de desenvolvimento econômico e social da América Latina, lançado pelo presidente John F. Kennedy ainda em 1961, em resposta à Revolução Cubana, o que explica a rejeição do país ao documento.

A associação entre saúde e desenvolvimento econômico e social também se fez presente na elaboração do Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas, lançado em 1963, em uma reunião dos ministros da Saúde do continente, convocada pela Opas. Na ocasião, estabeleceu-se também uma parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que Horwitz chamava de "Banco de Saúde", em virtude dos investimentos que a agência realizou em programas sanitários no continente nas décadas de 1960 e 1970 (OPS, 1992).

O fim dos anos 1950 e início da década de 1960 também foi marcado pelas críticas da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), criada

no fim dos anos 1940, à ideia de que o conceito de desenvolvimento equivalia ao de crescimento econômico e que este prescindia de mudanças estruturais. Os teóricos "cepalinos" problematizavam a ideia de um progresso linear dos países subdesenvolvidos em direção ao desenvolvimento a partir da adoção do modelo preconizado pelos países desenvolvidos. Eles criticavam também o conceito alternativo de dependência e a pertinência da aplicação desta teoria à análise da realidade socioeconômica dos países latino-americanos.[416] Sem entrarmos a fundo nas discussões travadas na época, cabe destacar o clima de intensos debates políticos e teóricos que marcou a virada da década de 1950 para os anos 1960 nas Américas e a atuação de organismos internacionais e das nações da região neste cenário. Os países latino-americanos canalizavam as suas demandas por desenvolvimento econômico e social para os Estados Unidos, de cujo governo esperavam auxílio político e financeiro para programas e projetos orientados por essa ideia.

Foi nesse contexto, por exemplo, que o presidente Juscelino Kubitschek (JK) lançou, em 1958, a Operação Pan-Americana (OPA), que marcaria a política externa do seu governo e consistia em uma proposta para que os Estados Unidos assumissem um compromisso político com o desenvolvimento econômico da América Latina. De acordo com o plano de JK, tal compromisso favoreceria os próprios interesses norte-americanos na região, uma vez que o subdesenvolvimento estava na raiz da instabilidade política do continente e facilitava a penetração de ideias comunistas. Inicialmente, o governo norte-americano tratou a OPA com frieza. A proposta do presidente brasileiro, contudo, levou à formação, no interior da OEA, do "Comitê dos 21", composto de 21 repúblicas americanas, que ficariam responsáveis por analisar os principais problemas das economias do continente e propor medidas de cooperação econômica interamericana. O Comitê se reuniu três vezes: em Washington D.C., no fim de 1958; em Buenos Aires, em maio de 1959; e em Bogotá, em setembro de 1960, ocasiões em que foram realizados diversos estudos técnicos. Em 1960, inclusive, foi instituído o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), embora a sua criação já tivesse sido aprovada pelo governo norte-americano antes mesmo do lançamento da OPA (Silva, 1992; Oliveira, 2005).

A frieza com que os Estados Unidos receberam as demandas latino-americanas como um todo, e a Operação Pan-Americana de JK, em particular, relaciona-se com o cenário das relações interamericanas nos anos 1940 e 1950. Esse período foi marcado por uma baixa prioridade da América Latina na agenda da política externa norte-americana, cujas

preocupações se concentravam na reconstrução da Europa e do Japão. No campo da saúde internacional, tal cenário havia contribuído, inclusive, para uma maior presença dos países latino-americanos, assim como dos seus programas e projetos, na Opas. A situação só se alteraria nos anos finais da década de 1950, sobretudo a partir de 1959, com a Revolução Cubana. Esse evento dramático, aos olhos de Washington, reconduziu a América Latina ao centro das preocupações da política externa norte-americana. Tanto a "Carta de Punta del Leste" quanto a Aliança para o Progresso de Kennedy são uma expressão dessa renovada importância da região, em um contexto marcado pela Guerra Fria e por demandas dos países latino-americanos por desenvolvimento econômico. No campo da saúde internacional, esse cenário de reaproximação e de maior preocupação dos Estados Unidos com os países da América Latina se expressou na adesão do governo norte-americano à Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*.

Os Estados Unidos haviam apoiado a Campanha Continental quando do seu lançamento, em 1947, nos marcos da *política da boa vizinhança*. Naquela época, o posto de cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública do país era ocupado por Thomas Parran (1936-1948), que fora nomeado para o cargo pelo presidente Franklin Delano Roosevelt (1933-1945) e nele permaneceu nos primeiros anos da administração de Harry S. Truman (1945-1953), ambos do Partido Democrata. Como membro do Conselho de Diretores Científicos da Divisão de Saúde Internacional (DSI) da Fundação Rockefeller, Parran estava familiarizado com as atividades de erradicação de *Aedes aegypti* e de *Anopheles gambiae* do Brasil. Ele também tinha sido o chefe da delegação norte-americana nas X e XI Conferências Sanitárias Pan-Americanas, realizadas, respectivamente, em Bogotá, em 1938, e no Rio de Janeiro, em 1942, ocasião que aproveitou para visitar o Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), onde foi informado do êxito obtido pelas atividades nacionais de erradicação. Parran, como lembra Soper em suas memórias, conhecia bem e era um entusiasta dos programas de erradicação (Soper & Duffy, 1979: 370). O mesmo, no entanto, não pode ser dito do seu sucessor no posto de cirurgião-geral, Leonard A. Scheele (1948-1956), cuja gestão se voltou muito mais para o fortalecimento da pesquisa biomédica no campo sanitário e para a reorganização da estrutura burocrática da saúde pública nos Estados Unidos do que propriamente para a implementação de campanhas verticais de erradicação no país e no exterior.[417]

Assim, apesar do apoio inicial, até meados da década de 1950 os Estados Unidos não deram maior importância à Campanha Continental

para a Erradicação do *Aedes aegypti* e nem adotaram quaisquer medidas para implementá-la em seu território. A intensificação da Guerra Fria na América Latina nessa época, contudo, produziu alterações na política externa norte-americana para a região, contribuindo para um renovado interesse de Washington na questão da febre amarela e para o tardio envolvimento do país na Campanha Continental.

O objetivo deste capítulo é analisar as razões que levaram os Estados Unidos a implementarem o seu programa de erradicação de *Aedes aegypti* em meados dos anos 1950, aderindo de fato à Campanha Continental. Para tanto, começarei discutindo as relações entre o país e a América Latina no pós-Segunda Guerra Mundial e os impactos da Guerra Fria sobre a política externa norte-americana para a região. Em um segundo momento, analisarei os preparativos realizados pelo governo norte-americano para testar a viabilidade da erradicação do vetor da febre amarela no país para, em seguida, me concentrar especificamente no Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos. A minha ênfase recairá sobre os debates e negociações que antecederam o lançamento do Programa, bem como sobre as controvérsias que o mesmo suscitou desde os seus primórdios. Por fim, farei um balanço dos esforços realizados pelos norte-americanos para erradicar o vetor da febre amarela do país e de suas consequências para a Campanha Continental que se desenvolvia no restante do hemisfério ocidental.

## As Relações Estados Unidos-América Latina no Pós-Segunda Guerra Mundial: da "negligência benigna" ao centro das preocupações durante a Guerra Fria

A partir da segunda metade da década de 1950, o contexto internacional, marcado pela Guerra Fria, passou por transformações importantes. Embora a disputa entre os Estados Unidos e a União Soviética por áreas de influência continuasse, o conflito entrou em uma nova fase, que ficaria conhecida como "coexistência pacífica". Tal fase teve início com as mudanças internas ocorridas na União Soviética após a morte de Joseph Stálin em 1953. O seu sucessor, Nikita Kruschev, começou um processo de liberalização interna, com a "desestalinização" do país. Os crimes de Stálin foram denunciados, os seus opositores reabilitados e o culto à personalidade,

que havia caracterizado o regime stalinista, condenado. Sob Kruschev, o governo soviético tentou deslocar o conflito entre as duas superpotências do plano estritamente militar para as esferas econômica e tecnológica. Fez parte dessa estratégia o lançamento do satélite Sputnik, em 1958, com o qual Moscou procurou demostrar a sua superioridade na área espacial. A "coexistência pacífica" pressupunha também um reconhecimento por parte das duas superpotências de que, dado o poderoso arsenal nuclear que ambas possuíam, o conflito entre elas não poderia ser resolvido pela via militar, pois colocaria em risco a existência de toda a humanidade (Cohen, 1993; Gaddis, 2005).

Para a entrada da Guerra Fria em uma nova fase também contribuíram algumas alterações no próprio sistema internacional, sendo a principal delas a eclosão dos movimentos de libertação nacional nos continentes africano e asiático. O surgimento de dezenas de novas nações independentes na Ásia e na África deu origem ao chamado Terceiro Mundo, um grupo de países subdesenvolvidos, em sua maioria ex-colônias europeias, marcados pela pobreza e cuja evolução histórica e características sociais, políticas e econômicas não guardavam semelhanças nem com os países capitalistas desenvolvidos – o Primeiro Mundo – nem com os países socialistas, o chamado Segundo Mundo.[418]

O Terceiro Mundo, no entanto, não era o centro das preocupações dos Estados Unidos no imediato pós-Segunda Guerra Mundial, como evidenciam o Plano Marshall[419] e o Plano Colombo. Em consonância com o seu projeto de uma economia mundial aberta e capitalista, as preocupações norte-americanas, bem como os recursos do país estavam concentrados na reconstrução da Europa e do Japão. Como a Inglaterra era uma aliada fundamental nesse projeto,[420] os Estados Unidos defendiam, inclusive, que os países europeus mantivessem as suas colônias na Ásia e na África como uma forma de continuarem tendo acesso às matérias-primas dessas regiões, consideradas um elemento primordial para a sua recuperação.[421] Assim, no xadrez da Guerra Fria, o Terceiro Mundo ainda não era uma prioridade para o governo norte-americano.

A América Latina, incluindo o Brasil, também era parte desse Terceiro Mundo que emergia e cuja voz se tornaria cada vez mais importante no plano das relações internacionais. As demandas por saúde e desenvolvimento advindas da região, contudo, pareciam não sensibilizar a administração de Eisenhower (1953-1961) em seus primeiros anos. Apesar de, no contexto da Guerra Fria, o continente se inserir na área

de influência dos Estados Unidos, não foram poucos os atritos entre a superpotência regional e os seus aliados no hemisfério, sobretudo na esfera econômica. O término da Segunda Guerra Mundial havia agravado os problemas crônicos que assolavam a América Latina. Nesse cenário, os países latino-americanos esperavam que os Estados Unidos destinassem recursos e implementassem políticas voltadas para o desenvolvimento econômico da região. O governo norte-americano, no entanto, demostrava pouco interesse pelos problemas do continente. A desativação do Escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos (OCIAA), em 1946, e do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), em 1953, constituem-se em evidências dessa falta de interesse. Ademais, enquanto a Europa recebeu 19 bilhões de dólares do Plano Marshall, o Programa Ponto IV[422] destinou à América Latina, no mesmo período, menos de 2% desse total, ou seja, apenas 150 milhões de dólares. O governo norte-americano entendia que o subdesenvolvimento da região era um problema interno, que deveria ser superado mediante a adoção de políticas econômicas austeras e da criação de um ambiente político-institucional propício ao capital privado, fosse ele nacional ou estrangeiro. Essa era a receita de Washington para que os países latino-americanos, diante da insuficiência de recursos, alcançassem o seu desenvolvimento econômico (Rist, 2002).

No campo da saúde internacional, a baixa prioridade da América Latina na política externa norte-americana nos primeiros anos da Guerra Fria, somada ao passivo de derrotas e fracassos que os Estados Unidos acumulavam na área, abriu um importante espaço de atuação para médicos e sanitaristas do continente, contribuindo para a ascensão de muitos deles a postos-chaves nas novas organizações de saúde que estavam sendo criadas e para a disseminação de suas ideias. A eleição do chileno Abraham Horwitz para a direção da Opas, em 1958, está diretamente relacionada a esse cenário.

A política externa dos Estados Unidos para a América Latina na década de 1950 caracterizou-se, então, pelo que Child (1980) designou de “negligência benigna”. Nesse período, a Guerra Fria ainda não era uma ameaça real, mas sim latente na região, o que justifica a sua baixa prioridade na agenda da política externa norte-americana. A ação limitada de Washington em relação ao Terceiro Mundo como um todo, e à América Latina em particular, só se alteraria no fim dos anos 1950, com o recrudescimento da Guerra Fria no continente.

O impacto decisivo foi dado pela Revolução Cubana, em 1959, que redefiniu as relações internacionais interamericanas, contribuindo para a reinserção da região no rol das preocupações estratégicas do governo norte-americano. Uma série de medidas de cunho econômico e social implementadas pelo governo revolucionário (reforma agrária, nacionalização de empresas norte-americanas, entre outras), bem como a crescente aproximação de Cuba com o governo soviético, contribuíram para deteriorar as relações entre o país e os Estados Unidos. A própria eclosão da Revolução Cubana convenceu os *policy makers* de Washington a reconsiderarem a política de "negligência benigna" em relação à América Latina. A revisão dessa política se intensificou com a eleição de John F. Kennedy para a presidência dos Estados Unidos em 1961. A Revolução Cubana e o seu progressivo alinhamento com o modelo socialista soviético convenceram o governo norte-americano de que o subdesenvolvimento contribuía para a instabilidade do continente e favorecia a disseminação de ideias comunistas entre a população da região. Desse modo, os Estados Unidos chegaram à conclusão de que os países pobres fatalmente sucumbiriam ao comunismo se não recebessem ajuda para superarem a sua situação de pobreza. Nesse contexto, o desenvolvimento econômico passou a ser visto como um meio de conter o avanço dessa ideologia.

Antes mesmo da ascensão de Kennedy ao poder, alterações na política externa norte-americana para a América Latina já podiam ser observadas. Em 1958, o então vice-presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, visitou vários países da região. Tais visitas, embora tivessem um caráter de "missões de boa vontade", acabaram se revelando um verdadeiro fiasco, em virtude das grandes manifestações populares antiamericanas que Nixon enfrentou, principalmente no Peru e na Venezuela. Em fevereiro de 1960, o próprio Eisenhower veio ao Brasil em busca de diálogo, inclusive sobre a ruptura do país com o Fundo Monetário Internacional (FMI). A mudança de rumo do governo dos Estados Unidos ficou ainda mais evidente na reunião de Bogotá, também realizada em 1960, quando as propostas apresentadas pela delegação brasileira, baseadas na Operação Pan-Americana (OPA) lançada por JK dois anos antes, foram bem-aceitas pela delegação norte-americana, dando origem à "Ata de Bogotá", um extenso documento no qual era preconizada a adoção de medidas concretas que contribuiriam para o desenvolvimento econômico e social da região (Rabe, 1988).

Assim, com o recrudescimento da Guerra Fria na América Latina e o consequente temor de um avanço do comunismo, o continente, longe

de ser apenas uma periferia, tornou-se central para a rivalidade entre as superpotências e para a possibilidade de um confronto nuclear. Nesse contexto, os Estados Unidos voltaram as suas atenções para a região e reorientaram a sua política externa de modo a atender às demandas latino-americanas, inclusive na área da saúde. O envolvimento do governo norte-americano nas atividades da Campanha Continental, através da implementação de um programa nacional de erradicação de *Aedes aegypti*, era uma delas.

## Críticas do México, Problemas no Caribe e a Pressão Latino-Americana: do projeto-piloto de Pensacola à adesão dos Estados Unidos à Campanha Continental

Embora tivessem apoiado e se comprometido com a Campanha Continental quando do seu lançamento, em 1947, até meados da década de 1950 os Estados Unidos não haviam implementado qualquer medida destinada a erradicar *Aedes aegypti* de seu território. Tal postura irritava Soper, para quem o governo norte-americano agia de forma egoísta ao não honrar a "obrigação moral" que tinha com os demais países das Américas. Na opinião do diretor emérito da Opas, as conquistas obtidas pelos países latino-americanos no combate ao vetor da febre amarela estavam ameaçadas em virtude do risco de uma invasão de mosquitos provenientes do norte do continente. "Como um cidadão americano", Soper escreveu certa vez, "eu fico repetidamente envergonhado quando os meus amigos latino-americanos me perguntam o que o meu país está fazendo e eu tenho que dizer: 'bem, apenas deem tempo a eles, deem-lhes tempo'".[423]

Na realidade, o governo norte-americano acreditava que a erradicação de *Aedes aegypti*, tal como preconizada por Soper, era uma meta desnecessária e inatingível. Havia décadas que nenhum caso de febre amarela era diagnosticado nos Estados Unidos e, ao contrário da América do Sul, não existiam reservatórios do vírus da doença nas áreas de floresta do país. Desse modo, as autoridades sanitárias norte-americanas preferiam manter a doença sob controle por meio da administração da vacina 17D que, desde os anos 1940, tinha sido aplicada a milhões de pessoas.[424] Além disso, os Estados Unidos exigiam certificados de vacinação dos viajantes oriundos de países onde a enfermidade existia e mantinham um estoque de vacina

para uma situação de emergência, como a eclosão de uma epidemia. Em suma, os norte-americanos alegavam que não existiam motivos para se preocupar com a febre amarela, pois, caso a enfermidade fosse diagnosticada no país, a vacina 17D e o DDT seriam suficientes para controlar qualquer surto epidêmico antes que a doença fizesse a sua centésima vítima. Eles afirmavam também que, em virtude dos custos elevados – calculados na época em algo em torno de 30 milhões de dólares – a erradicação total da espécie não era possível para todas as repúblicas americanas (Soper & Duffy, 1979).

Soper, embora não negasse os benefícios da vacinação, insistia que ela não substituía a erradicação de *Aedes aegypti*. Entre os seus argumentos estava o de que a proteção oferecida pela vacina só fazia efeito cerca de uma semana após a inoculação e que, nesse intervalo, uma pessoa vacinada ainda podia transmitir o vírus da doença a um indivíduo não imunizado se o mosquito existisse na região. Ele estava convencido de que os Estados Unidos ainda iriam lamentar a decisão de não erradicarem *Aedes aegypti*, pois a febre amarela, cedo ou tarde, retornaria à costa do país e, dada a presença do inseto, os norte-americanos se veriam às voltas com uma epidemia de grandes proporções antes que a vacinação ou o DDT fossem capazes de controlá-la. Soper também argumentava que o sucesso do plano norte-americano estava condicionado à capacidade dos países latino-americanos, sobretudo aqueles com uma grande população rural e bolsões endêmicos do vírus, de vacinar todas as pessoas que habitavam as áreas próximas às florestas e que, portanto, encontravam-se em situação de risco. O problema, na sua opinião, era que tal meta, já tentada sem sucesso pelo Brasil e por outros países do continente, estava além das capacidades financeiras e administrativas da América Latina (Stepan, 2011).

Controvérsias à parte, o fato é que, por volta de meados da década de 1950, enquanto as atividades de erradicação de *Aedes aegypti* progrediam no México e nas Américas do Sul e Central, os Estados Unidos ainda não tinham sequer esboçado um programa de erradicação do vetor da febre amarela em seu território, nos moldes daqueles que eram implementados por diversas repúblicas americanas desde 1947. Nesse quadro, à medida que os países latino-americanos se aproximavam da meta de erradicar o mosquito, aumentava a pressão para que o governo norte-americano aderisse de fato à Campanha Continental.

Em 1956, por exemplo, diante da possibilidade de o México ser reinfestado por *Aedes aegypti*, o secretário de Saúde e Assistência do país,

Ignacio Morones Prieto, propôs ao cirurgião-geral, Leonard A. Scheele (1948-1956), a organização simultânea de campanhas contra o mosquito nas áreas de fronteira e nos portos do Golfo do México. Scheele, contudo, se esquivou da proposta. Como consequência, Prieto interrompeu o programa de erradicação de *Aedes aegypti*, que era conduzido no país em conjunto com a Opas desde 1949, afirmando ser virtualmente impossível evitar que mosquitos provenientes dos Estados Unidos invadissem o território mexicano através da densamente povoada fronteira entre os dois países. O programa de erradicação só seria retomado no México, em 1958, pelo novo secretário de Saúde José Álvarez Amézquita, em virtude do aparecimento de novos casos de febre amarela no país (Amézquita, 1963; Torres-Muñoz, 1963).

Pouco tempo depois de se recusar a apoiar o México em seus esforços para erradicar *Aedes aegypti*, Leonard A. Scheele, no entanto, deixou o cargo de cirurgião-geral. O seu sucessor, Leroy Edgar Burney (1956-1961), seria o responsável por dar início aos preparativos para a implementação de um programa de erradicação do mosquito nos Estados Unidos. O aumento da pressão latino-americana pelo envolvimento do país nas atividades continentais de combate ao vetor da febre amarela, em um cenário marcado pelo recrudescimento da Guerra Fria na América Latina e por crescentes demandas dos países da região por programas de desenvolvimento econômico e social, certamente pesou na decisão do governo norte-americano de reconsiderar a sua posição inicial. Em 1957, então, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (U.S. Public Health Service – USPHS) organizou um projeto-piloto quadrienal para determinar a viabilidade da erradicação de *Aedes aegypti* no país. O projeto foi dirigido pelo Centro de Doenças Transmissíveis (Communicable Disease Center – CDC), órgão vinculado à Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar e ao USPHS,[425] e se concentrou na cidade de Pensacola, no estado da Flórida (Schliessmann, 1964).

No início, o projeto de Pensacola foi organizado de acordo com os mesmos critérios operacionais estabelecidos pela Opas no México e na América Central. As atividades consistiam na inspeção local e na aplicação de inseticida em todos os recipientes suspeitos de conterem criadouros de *Aedes aegypti*. Em um primeiro momento, tratou-se de abarcar toda a cidade, que, posteriormente, foi dividida em três zonas: primária, secundária e periférica. Em 1960, o plano de operações foi alterado de forma radical com a introdução de equipamentos motorizados para a pulverização, que eram

utilizados para aplicar inseticida em todos os criadouros potenciais e nas superfícies nas quais se supunha que os mosquitos pousassem, localizados nas áreas ao redor das habitações. Como nos anos de 1958 e 1959 foram detectados poucos criadouros, abandonou-se o trabalho de inspeção das casas.[426] Os responsáveis pelo projeto também não se preocuparam em identificar os locais de repouso de *Aedes aegypti* no exterior das residências e tampouco realizaram a captura de mosquitos adultos para verificar os índices de infestação larvária. Em 1961, contudo, ano em que as atividades foram encerradas, a avaliação geral era que o método adotado tinha sido bem-sucedido na tarefa de erradicar o mosquito nas zonas primárias e na maioria das secundárias.[427]

Enquanto o projeto de Pensacola era desenvolvido na Flórida, realizou-se, em 1959, em Washington D.C., a XI Reunião do Conselho Diretor da Opas, a primeira após a saída de Soper da direção da Organização. Nessa ocasião, os delegados das repúblicas americanas reiteraram o apelo feito na Conferência Sanitária de Porto Rico, ocorrida no ano anterior, para que os países ainda infestados por *Aedes aegypti* intensificassem as atividades antimosquito, "de acordo com as decisões tomadas na XI Conferência Sanitária Pan-Americana (1942)". Eles também aprovaram a Resolução XIII – "*Status* da erradicação do *Aedes aegypti* nas Américas" – que declarava Honduras e a Guatemala livres do vetor da febre amarela.[428]

No ano seguinte, na XII Reunião do Conselho Diretor, realizada em Havana, a erradicação de *Aedes aegypti* também foi certificada em El Salvador.[429] Durante o encontro, o diretor da Opas, Abraham Horwitz, relatou ao cirurgião-geral Leroy Edgar Burney os progressos alcançados pela Campanha Continental e conclamou o governo norte-americano a adotar medidas destinadas a erradicar o vetor da febre amarela do território do país, incluindo Porto Rico e as Ilhas Virgens.[430] Os delegados presentes à Reunião na capital cubana também lembraram aos países que já tinham erradicado o mosquito "da necessidade de manutenção de uma estrita vigilância em terra, ar e portos de modo a prevenir uma reinfestação".[431]

A XIII Reunião do Conselho Diretor da Opas, realizada mais uma vez em Washington D.C., em outubro de 1961, declarou o Chile e a Costa Rica livres de *Aedes aegypti* e estabeleceu uma data-limite para a erradicação do vetor da febre amarela das Américas. De acordo com decisão tomada nessa ocasião, os países do continente ainda infestados pelo mosquito deveriam finalizar a campanha em um período de cinco anos, de maneira a estarem aptos a relatar a erradicação da espécie na XVII Conferência Sanitária

Pan-Americana, que se realizaria em 1966, também em Washington D.C.[432] Miguel Bustamante, subsecretário de Saúde e Assistência do México, aproveitou a oportunidade para pressionar uma vez mais o governo norte-americano, acusando-o de não estar cumprindo com as suas obrigações concernentes à Campanha Continental.[433] A revolta se justificava diante da grave ameaça representada por uma possível reinfestação do país a partir de suas fronteiras com os Estados Unidos, em um momento no qual o programa de erradicação de *Aedes aegypti* no México, retomado em 1958, após uma breve interrupção, encontrava-se em um estágio avançado.[434] O delegado norte-americano na Reunião, em resposta às acusações do país vizinho, assegurou aos representantes mexicanos que seria feito um esforço para iniciar o programa de erradicação de *Aedes aegypti* em seu país.[435]

Diante da promessa, em 21 de dezembro de 1961, Horwitz enviou uma carta ao novo cirurgião-geral, Luther L. Terry (1961-1965), que havia sido nomeado para o cargo por Kennedy, em janeiro, comunicando-o da decisão do XIII Conselho Diretor da Opas de definir o ano de 1966 como data-limite para a erradicação de *Aedes aegypti* do hemisfério ocidental. Horwitz também expressou a preocupação das repúblicas americanas que já tinham erradicado a espécie diante do perigo de uma reinfestação proveniente dos Estados Unidos e de seus territórios.[436]

As críticas da delegação mexicana durante a XIII Reunião do Conselho Diretor da Opas e a pressão de Horwitz sobre os Estados Unidos surtiram um efeito imediato. Em janeiro de 1962, o secretário de Estado assistente Harlan Cleveland comunicou ao cirurgião-geral Luther L. Terry que a erradicação do mosquito vetor de febre amarela do país devia ser considerada com toda a seriedade, "no interesse das boas relações com a comunidade de Estados Americanos".[437] Nesse mesmo mês, a Opas patrocinou uma viagem de estudos ao México, República Dominicana, Colômbia, Venezuela e Argentina para Harvey B. Morlan e Milton E. Tinker, do CDC, e John H. Hughes, da Divisão de Quarentena Internacional do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. O objetivo era que eles se familiarizassem com a campanha de erradicação de *Aedes aegypti* implementada naqueles países, de maneira que pudessem contribuir para a organização de um programa semelhante nos Estados Unidos.[438]

Com base nas observações realizadas pelos três entomólogos norte-americanos, em julho de 1962, James Watt, cirurgião-geral assistente e chefe da Divisão de Saúde Internacional do gabinete do cirurgião-geral do USPHS, elaborou um memorando intitulado "Reação das nações latino-

americanas ao fracasso dos Estados Unidos em erradicar o mosquito da febre amarela, *Aedes aegypti*" ("Reaction of latin american nations to U.S. failure to eradicate the yellow fever mosquito, *Aedes aegypti*"), no qual ressaltava que as autoridades sanitárias da região "perguntaram a respeito dos planos para uma campanha de erradicação de *Aedes aegypti* nos Estados Unidos e expressaram a esperança de que as operações pudessem ter início em um futuro próximo". Watt afirmava ainda que, durante a viagem, os funcionários do USPHS foram questionados acerca do real interesse do governo norte-americano em implementar uma campanha nestes moldes e sobre o atual estágio do planejamento para o início do programa. Tais questionamentos foram feitos, principalmente, por Andres Martinez Marchetti, subsecretário de Saúde da Argentina, Miguel Bustamante, subsecretário de Saúde e Assistência do México, e por Arnaldo Gabaldon, ministro da Saúde e do Bem-Estar Social da Venezuela, estes dois últimos com atuação destacada na Opas no período em que Soper esteve à frente da Organização.[439]

A renovada preocupação do Departamento de Estado com as demandas latino-americanas e a tentativa de estabelecer uma cooperação mais estreita com os países da região inserem-se no quadro de uma reorientação da política externa norte-americana para a América Latina, que começou a se processar nos anos finais da década de 1950, ainda sob a administração do republicano Eisenhower, e atingiu o seu ápice no governo do democrata John F. Kennedy (1961-1963). A nova orientação se expressou, como vimos anteriormente, na Aliança para o Progresso, e foi motivada pelo temor de que a Revolução Cubana inspirasse movimentos semelhantes em outros países das Américas.

Nesse contexto de recrudescimento da Guerra Fria no continente, a erradicação de *Aedes aegypti* foi incluída na lista de temas que seriam discutidos na reunião entre os presidentes dos Estados Unidos John F. Kennedy e do México Adolfo López Mateos, agendada para junho de 1962, na Cidade do México. O período que antecedeu o encontro foi marcado por uma intensa troca de memorandos e correspondência entre altos funcionários do Departamento de Estado e do USPHS, de modo a dar subsídios para o presidente e os seus assessores enfrentarem a discussão que se travaria na capital mexicana.[440] O programa da reunião, contudo, sofreu uma redução e a questão não chegou a ser discutida. Entretanto, o secretário de Saúde e Assistência do México José Álvarez Amézquita conversou sobre o problema com Kennedy, que teria lhe respondido que se

tratava de uma questão de difícil solução, na medida em que os custos de um programa de erradicação de *Aedes aegypti* nos Estados Unidos poderiam chegar a 125 milhões de dólares. Diante do montante mencionado por Kennedy, Amézquita teria se oferecido para assumir, por metade desse valor, a responsabilidade pela erradicação do mosquito do território norte-americano (Soper & Duffy, 1979).

Naquela altura, em meados de 1962, 15 países das Américas já haviam sido certificados pela Opas como livres de *Aedes aegypti*: Belize, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana Francesa, Honduras, Nicarágua, Panamá (incluindo a Zona do Canal), Paraguai, Peru e Uruguai. Além desses, as atividades de erradicação do vetor da febre amarela encontravam-se bastante avançadas no México e na Argentina e transcorriam de maneira satisfatória em Cuba e na Venezuela (OPS, 1963a).[441]

Os problemas da Campanha Continental nessa época concentravam-se na costa do Caribe, onde a situação piorara nos últimos cinco anos. A Jamaica, o Haiti, a República Dominicana e a Martinica tinham suspendido os seus programas de erradicação, enquanto outras nações da região, como o Suriname e as Ilhas Cayman, sequer haviam iniciado as atividades de combate ao mosquito. Além disso, países que já haviam conseguido erradicar *Aedes aegypti*, como a Guiana Francesa, sofriam uma reinfestação de seu território. A questão no Caribe complicou-se ainda mais quando foi constatado, primeiramente em Trindade e, posteriormente, em Porto Rico, que os novos invasores pareciam ser resistentes ao DDT, ao dieldrin e a outros inseticidas.[442]

Além de questões biológicas, a erradicação do vetor da febre amarela no Caribe também era complexa em virtude de fatores econômicos e administrativos. Em 1962, a Opas tinha iniciado uma nova fase de suas atividades na região com a designação de um entomólogo profissional para trabalhar no seu Laboratório de Testes de *Aedes aegypti* (PAHO *Aedes Aegypti* Testing Laboratory), sediado em Kingston, na Jamaica. O Laboratório foi estabelecido em cooperação com o Ministério da Saúde jamaicano e com a Universidade das Índias Ocidentais (University College of the West Indies), sediada em Mona, nas cercanias de Kingston. Os seus três objetivos principais eram: determinar a suscetibilidade de *Aedes aegypti* encontrado nos países e territórios do Caribe ao DDT e demais inseticidas; avaliar a eficácia de novos inseticidas para serem usados nas operações de erradicação do mosquito no Caribe, particularmente naqueles países onde a espécie se mostrou resistente ao DDT; e estudar a ecologia do vetor da

febre amarela no campo, de modo a identificar os seus pontos vulneráveis, nos quais o inseto podia ser atacado com maior facilidade. Essa medida visava, em última instância, identificar os principais criadouros do mosquito na região.[443]

As dificuldades experimentadas pelos programas de erradicação de *Aedes aegypti* no Caribe aumentaram a pressão para que os Estados Unidos ingressassem na Campanha Continental. Ainda em julho de 1962, a Opas manifestou-se oficialmente sobre a questão, afirmando que, naquele momento, os principais focos do mosquito no continente encontravam-se em determinadas regiões do território norte-americano e em alguns países caribenhos. De acordo com a Organização, a permanência de tais focos representava dois perigos. O primeiro deles era que os países ainda infestados pelo vetor assistissem à eclosão de epidemias de febre amarela, caso o vírus da doença fosse introduzido na população. A segunda ameaça dizia respeito à possibilidade de uma reinfestação dos países vizinhos, dos quais *Aedes aegypti* já tinha sido eliminado.[444]

De acordo com Soper, em meados de 1962 os Estados Unidos respondiam por 7,1% da área total infestada pelo vetor da febre amarela nas Américas. Ele afirmava também que, àquela altura, o mosquito já tinha sido erradicado ou estava em vias de ser em 99% da área infestada fora dos Estados Unidos. Desse percentual, 68% já havia sido certificada como negativa pela Opas; 19,4% tinha sido declarada negativa pelos governos locais, que aguardavam a certificação da Organização; e, nos 11,6% restantes, os governos continuavam com os programas de erradicação de *Aedes aegypti*. Apenas em 1% da área infestada no continente não eram conduzidas atividades de erradicação. Dessa parte não tratada, 88,6% ficavam nos Estados Unidos (Soper & Duffy, 1979).

Foi em meio a esse cenário de críticas abertas ao governo norte-americano que ocorreu, entre 21 de agosto e 3 de setembro de 1962, em Minneapolis, no estado de Minnesota, a XVI Conferência Sanitária Pan-Americana. Na sessão plenária, os delegados das repúblicas americanas aprovaram uma resolução conclamando os governos daqueles países em que o vetor da febre amarela tinha sido erradicado a manterem ativos os seus programas de vigilância sanitária, de modo a evitar uma reinfestação. Eles também solicitaram que os países ainda infestados pelo mosquito dessem a mais alta prioridade à disponibilização de fundos, pessoal e material para a finalização da campanha de erradicação. A resolução apelava ainda para que o diretor da Opas empreendesse todos os esforços possíveis para intensificar

e acelerar a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, de modo a alcançar a meta o mais rápido possível.[445]

Diante dessa situação e das crescentes pressões das repúblicas americanas pelo ingresso dos Estados Unidos na Campanha Continental, Luther L. Terry, cirurgião-geral do USPHS e chefe da delegação norte-americana na Conferência de Minneapolis, reconheceu os progressos alcançados pelos países da América Latina e do Caribe na erradicação de *Aedes aegypti*, dizendo que tal situação era "encorajadora". Ele afirmou também que o governo do seu país "tinha planos em andamento para a erradicação do vetor urbano da febre amarela naquelas áreas dos Estados Unidos onde ele existia, assim como em Porto Rico e nas Ilhas Virgens". E prosseguiu: "Os Estados Unidos têm orgulho de se juntar aos outros países das Américas na busca das metas da saúde". Em seguida, outro membro da delegação norte-americana, o médico epidemiologista Charles L. Williams Jr., funcionário do USPHS, que seria eleito vice-diretor da Opas na Conferência,[446] declarou que o seu país estava comprometido com a erradicação de *Aedes aegypti* do território continental, bem como de Porto Rico e das Ilhas Virgens. Ele afirmou também que, "no começo, a campanha será organizada de tal maneira a minimizar o perigo de reinfestação de áreas que já alcançaram a erradicação" e que "os Estados Unidos estão determinados a erradicar o mosquito do seu território" (OPS, 1963b: 246).[447]

Assim, a XVI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Minneapolis, em 1962, marcou a adesão formal do governo norte-americano aos esforços envidados pelas repúblicas americanas em prol da erradicação de *Aedes aegypti* das Américas. Finalmente, depois de decorridos 15 anos do lançamento da Campanha Continental, os Estados Unidos se envolviam de fato nas suas atividades.

Soper acreditava que o renovado interesse do governo norte-americano na erradicação de *Aedes aegypti* relacionava-se com a necessidade cada vez maior "de encontrar soluções internacionais e regionais ao que, em um dado momento, foi considerado um problema inteiramente local". De acordo com ele, "a decisão sobre se os Estados Unidos deveriam ou não erradicar o vetor da febre amarela já não podia mais se basear, de maneira exclusiva, nos seus próprios interesses sanitários". Era necessário que o país levasse em consideração também os interesses das nações que já tinham erradicado o mosquito e podiam sofrer uma reinfestação procedente do território norte-americano (Soper & Duffy, 1979).

Em seu livro sobre o CDC, Etheridge (1992: 122), por sua vez, afirma que "a decisão de erradicar o *Aedes aegypti* dos Estados Unidos foi política, uma questão de política externa. As nações latino-americanas queriam isso". De acordo com a autora, Soper desempenhou um papel importante nesse processo ao pressionar ativamente o governo norte-americano a aderir ao programa de erradicação continental, com o qual o país tinha assumido um compromisso formal.

No contexto da "Aliança para o Progresso" do presidente Kennedy, a decisão do governo norte-americano de aderir à Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, em um momento no qual a febre amarela não existia nos Estados Unidos, foi de fato política. As relações do país com a América Latina atravessavam um período conturbado, no qual a *política da boa vizinhança*, construída cuidadosamente desde os anos da Segunda Guerra Mundial, sofria questionamentos por parte dos países da região. A Revolução Cubana, em 1959, constituiu-se, ao mesmo tempo, em uma evidência nesse sentido e em um ponto de inflexão, a partir do qual Washington intensificou um processo, que tivera início alguns anos antes, de reorientação de sua política externa para o continente. A implementação de um programa norte-americano de erradicação de *Aedes aegypti* visava agradar aos países latino-americanos e dar uma resposta às pressões da Opas, mas também atendia aos interesses dos próprios Estados Unidos, constituindo-se em uma verdadeira *política da boa vizinhança para a febre amarela*, como Soper se referiu a ele certa vez.[448]

Desse modo, o contexto da Guerra Fria e a vigência de uma política externa para a América Latina calcada em uma cooperação mais estreita com os países da região influenciaram diretamente na decisão dos Estados Unidos. Internamente, contudo, o governo norte-americano teria que lidar com alguns obstáculos e adversidades de ordem econômica, política e legal em seu intento de implementar um programa nacional de erradicação de *Aedes aegypti*.

## As Discussões nos Estados Unidos em Torno de um Programa Nacional de Erradicação do *Aedes aegypti*

A adesão dos Estados Unidos à Campanha Continental, consumada durante a Conferência Sanitária Pan-Americana de Minneapolis, em 1962, ocorreu quando as discussões sobre o orçamento do país para o ano

seguinte já haviam se encerrado no Congresso. Assim, a Lei de Diretrizes Orçamentárias para o ano 1963 não previa a destinação de recursos federais para atividades de erradicação de *Aedes aegypti* do país. Um programa nacional com essa finalidade teria que esperar, então, até o ano 1964 para ser implementado.[449]

A implementação de um programa nacional de erradicação, contudo, estava em sintonia com a política externa do governo Kennedy, calcada em maior aproximação com as repúblicas americanas. Assim, o presidente, de modo a criar um consenso em torno do programa, buscou estabelecer um diálogo com os parlamentares. Em sua mensagem ao Congresso, em 7 de fevereiro de 1963, Kennedy tratou do problema da febre amarela nas Américas e da Campanha Continental, adiantando que a proposta de orçamento do governo federal para o ano 1964 previa a alocação de fundos para o início das atividades de erradicação do mosquito no país:

> Um problema de particular significância no Hemisfério Ocidental é a febre amarela. Muitos países das Américas têm conduzido campanhas para erradicar o mosquito transmissor da febre amarela, mas a reinfestação tem se tornado um sério problema, particularmente na região do Caribe. Nós prometemos a nossa participação para erradicar essa doença, eliminando o mosquito dos Estados Unidos, e o orçamento para o ano de 1964 prevê recursos para iniciar tal esforço. Isto vai colocar este país em conformidade com a política há muito estabelecida pela Organização Pan-Americana da Saúde de eliminar a ameaça da febre amarela deste Hemisfério.[450]

De fato, na proposta orçamentária para o ano 1964, a Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar solicitava ao Congresso recursos da ordem de US$ 30.429.000 para o CDC,[451] dos quais US$ 5.000.000 seriam utilizados para dar início às atividades do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos.[452] O órgão solicitava também a criação de 763 novos cargos, seiscentos dos quais ficariam diretamente vinculados ao Programa.[453] Apesar da recomendação expressa de Kennedy, ambas as propostas foram rejeitadas pela Comissão de Orçamento da Câmara dos Representantes.[454] Os parlamentares consideraram que a febre amarela não era um problema de saúde pública urgente para o país naquele momento. Com isso não haveria recursos para iniciar um programa de erradicação de *Aedes aegypti* nos Estados Unidos em 1964. A discussão, contudo, ainda teria que passar pelo Senado.

A Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar questionou a decisão, argumentando que a mesma deveria ser reconsiderada à luz do dispendioso programa, àquela altura quase completo, voltado para a erradicação de *Aedes*

*aegypti* de todo o hemisfério ocidental.[455] Em outras palavras, a Secretaria estava chamando a atenção dos parlamentares para as consequências da não aprovação de recursos para um programa nacional de erradicação do mosquito, a principal delas a insatisfação das repúblicas americanas com a decisão, em um contexto no qual o governo norte-americano procurava conter o avanço das ideias socialistas no continente. Como resultado, o relatório da Comissão de Orçamento sequer chegou a ser apreciado pelo plenário da Câmara dos Representantes. Ele foi remetido à Comissão homônima do Senado, junto com a proposta orçamentária original do CDC, para que a discussão recomeçasse. Os senadores eram a última esperança daqueles que defendiam a implementação de um programa de erradicação de *Aedes aegypti* nos Estados Unidos em 1964. Uma decisão desfavorável do Senado sobre a alocação de fundos para o programa empurraria a discussão para o ano seguinte. Um parecer favorável, por outro lado, obrigaria a Câmara dos Representantes a rediscutir a questão.

Diante do impasse, organizações da sociedade civil passaram a pressionar os senadores por uma decisão favorável à disponibilização de recursos para o programa. Em abril de 1963, o Comitê Nacional de Cidadãos para a Organização Mundial da Saúde (National Citizens Committee for the World Health Organization), por exemplo, enviou cartas para alguns senadores, solicitando que eles reconsiderassem o parecer contrário da Comissão de Orçamento da Câmara dos Representantes e enfatizassem a importância do programa de erradicação tanto nas Comissões do Senado quanto no plenário.[456]

Em julho foi a vez do cirurgião-geral Luther L. Terry escrever diretamente ao vice-presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson reclamando da decisão da Câmara dos Representantes de não aprovar a requisição de fundos para um programa de erradicação de *Aedes aegypti* dos Estados Unidos, conforme havia sido solicitado pela Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar e pelo próprio presidente Kennedy em sua mensagem ao Congresso, em fevereiro daquele ano. Na carta, Terry afirmava que a adoção de quaisquer medidas paliativas contra o vetor da febre amarela ao longo da fronteira do México com o Texas, conforme proposto por alguns especialistas, não teria eficácia porque "o México era apenas um de uma lista cada vez maior de países que se sentiam ameaçados com a reinfestação pelo *Aedes aegypti* a partir dos Estados Unidos". Na sua opinião, "enquanto o *Aedes aegypti* pudesse voar através das fronteiras internacionais (...) a única solução satisfatória do problema é enfrentar a necessidade de erradicar o mosquito".[457]

Apesar da pressão do Executivo e do Comitê Nacional de Cidadãos para a OMS, logo que as discussões sobre o tema tiveram início no Senado, o senador democrata William Proxmire, do estado de Wiscosin, propôs a redução do orçamento do CDC dos US$ 30.429.000 propostos pela Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar para US$ 25.405.000, mediante o corte de US$ 24.000 das despesas previstas com os auxílios de pesquisa e dos US$ 5.000.000 que deveriam ser empregados no início das atividades do programa de erradicação de *Aedes aegypti* dos Estados Unidos, de Porto Rico e Ilhas Virgens. O senador afirmava que a febre amarela não existia nos Estados Unidos e que, por esse motivo, ela não se constituía em um problema de saúde pública para o país. Ele também sustentava que a vacina 17D era suficiente para lidar com eventuais casos da doença e que o programa de erradicação – e os recursos a ele destinados – só se justificavam no âmbito das relações internacionais com os países da América Latina, "como uma contribuição aos nossos amigos de outros países". Proxmire salientou que a sua proposta baseava-se no relatório da Comissão de Orçamento da Câmara dos Representantes, o que evidenciava uma predisposição de parte dos senadores de seguir as recomendações contrárias ao programa contidas no documento.[458]

A possibilidade do programa de erradicação de *Aedes aegypti* dos Estados Unidos não contar com os fundos necessários à sua implementação pelo segundo ano consecutivo chamou a atenção de Fred Soper, que em 1962 havia sido nomeado Consultor Especial da Divisão de Saúde Internacional do Gabinete do Cirurgião-Geral do USPHS. Em agosto de 1963, ele enviou uma carta ao senador Proxmire, na qual refutava uma a uma as justificativas do parlamentar para a não alocação de recursos para o programa nacional de erradicação. Contra o argumento de que a febre amarela não existia nos Estados Unidos, Soper afirmou que, embora nenhuma epidemia tivesse ocorrido no país desde a primeira década do século XX, 26 casos da doença haviam sido reportados desde então pelo USPHS, dos quais 23 foram interceptados em navios procedentes de outros países por funcionários da Divisão de Quarentena Internacional.

O número reduzido de casos devia-se, de acordo com ele, aos esforços empreendidos pela Fundação Rockefeller e, posteriormente, pela Opas, para combater a febre amarela urbana nos países latino-americanos, mediante a erradicação do vetor da doença. Tais esforços tinham sido capazes de prevenir a eclosão de epidemias nas maiores cidades e portos do continente impedindo, assim, que a enfermidade atingisse os Estados Unidos, até

mesmo no crítico período compreendido entre 1947 e 1955, quando a doença estava se movimentando, em sua forma silvestre, através do Caribe em direção ao México. Na opinião de Soper, àquela altura, meados da década de 1960, a situação havia-se invertido: agora eram os demais países das Américas que tentavam prevenir a reinfestação de seus territórios por mosquitos procedentes dos portos norte-americanos. Assim, ao contrário do que afirmava o senador, a febre amarela nunca havia deixado de ser um problema para os Estados Unidos, mesmo no longo período de ausência de epidemias, uma vez que o país realizava um intenso comércio internacional, sobretudo com os países da América Latina. Desse modo, prosseguia Soper, o governo norte-americano deveria ter sido o primeiro a ingressar na Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* o que, no entanto, só estava ocorrendo naquele momento, depois de transcorridos 16 anos do seu lançamento.[459]

Soper também não compartilhava da excessiva confiança do senador na vacina 17D como recurso suficiente para combater eventuais epidemias de febre amarela. Ele afirmava que as finalidades da vacina eram outras, quais sejam: prevenir epidemias causadas pelo deslocamento de pessoas portadoras do vírus da doença de um país para outro e proteger a população que habitava áreas infestadas. Além disso, a eficácia da vacina estava condicionada ao seu correto manuseio e armazenagem, bem como à capacidade dos agentes de saúde de realmente administrá-la. Para Soper, como a população norte-americana não era vacinada contra a febre amarela, uma campanha de vacinação teria que ser organizada às pressas após o diagnóstico de algum caso da doença em uma dada comunidade, acarretando um inevitável atraso na imunização das pessoas expostas à enfermidade.[460]

Por fim, quanto à afirmação do senador de que a erradicação de *Aedes aegypti* dos Estados Unidos só se justificava como parte do programa de ajuda externa do país, Soper retrucou que tal sugestão pressupunha que os recursos disponibilizados para o programa de erradicação seriam aplicados em outros países, o que não era verdade. Ele destacava que tais recursos, uma vez aprovados pelo Congresso norte-americano, seriam empregados integralmente na erradicação do vetor da febre amarela de nove estados do sul do país, de Porto Rico e das Ilhas Virgens. Soper terminou a sua carta para o senador Proxmire salientando que a contínua recusa dos Estados Unidos em fazer a sua parte no esforço continental contribuía para que as autoridades sanitárias dos países latino-americanos perdessem a confiança no governo norte-americano.

> Como um cidadão dos Estados Unidos, enquanto diretor da Opas, eu fui repetidamente questionado sobre a razão pela qual os Estados Unidos, que sempre foram tão solícitos em oferecer ajuda para programas em outros países, eram o único país que não poderia se dar ao luxo de gastar dinheiro para erradicar o mosquito da febre amarela do seu próprio território. Mais de um ministro da Saúde sugeriu que outros países das Américas deveriam se unir e oferecer assistência técnica, especialmente na forma de técnicos treinados, de modo a permitir que os Estados Unidos iniciassem esta tarefa. Mais recentemente, o ministro da Saúde do México manifestou a sua disposição de cooperar com pessoal treinado na organização da erradicação do *Aedes aegypti* deste lado da fronteira.[461]

O senador Proxmire respondeu a carta de Soper três dias depois. Ele destacou que baseou a sua proposta no relatório da Comissão de Orçamento da Câmara dos Representantes, cujos membros, diante da constatação de que a última epidemia de febre amarela no país tinha ocorrido em 1907, embora *Aedes aegypti* nunca tivesse deixado de existir no território norte-americano, relacionaram a implementação do programa de erradicação com a manutenção de boas relações com os países das Américas Central e do Sul. Ele também salientou a existência de "uma excelente vacina contra a doença". O senador afirmava, contudo, que tinha consciência – e a carta de Soper o convenceu ainda mais – que *Aedes aegypti* ainda era um importante problema nos Estados Unidos e na América Latina. Ele argumentou, porém, que "este problema também tinha que ser considerado do ponto de vista dos contribuintes da nação". Nesse sentido – prosseguia – "o X da questão não era se a febre amarela deve ou não ser eliminada da face da terra, mas sim se esta nação pode pagar 45 milhões de dólares em cinco anos por tal empreendimento".[462]

A resposta do senador Proxmire evidencia que Soper teria que lidar com um elemento com o qual não se havia defrontado antes, nem no Brasil na década de 1930, nem no Egito ou na Europa nos anos da Segunda Guerra Mundial: o jogo democrático. Para conseguir que um programa de erradicação de *Aedes aegypti* fosse implementado nos Estados Unidos, ele teria que dialogar com os atores políticos e com a comunidade médico-sanitária do país em busca de aliados, convencê-los da importância de sua proposta, submetê-la às instâncias parlamentares e aguardar pelas deliberações. Em suma, Soper teria que se articular em meio a todo um cenário democrático que se descortinava a sua frente.

O primeiro obstáculo apontado pelo senador Proxmire para a implementação de um programa nacional de erradicação de *Aedes aegypti* era o volume de recursos que o mesmo exigia. Independentemente do debate sobre a febre amarela ser ou não uma ameaça para os Estados Unidos, ele, assim como muitos norte-americanos, inclusive no campo da saúde pública, acreditava que o país tinha outras prioridades sanitárias. Essa era a opinião, por exemplo, da maioria dos funcionários do próprio CDC, que havia conduzido o projeto-piloto de Pensacola e que ficaria responsável também pelo programa nacional de erradicação, caso o Congresso disponibilizasse recursos para a sua implementação. Os médicos e sanitaristas do CDC opunham-se a qualquer iniciativa cujo objetivo fosse erradicar o vetor da febre amarela do país, argumentando que os recursos orçamentários destinados à saúde pública seriam melhor empregados em outros projetos (Etheridge, 1992).

A opinião contrária de grande parte dos médicos e sanitaristas norte-americanos à implementação de um programa de erradicação de *Aedes aegypti* no país não era, no entanto, compartilhada por seus pares latino-americanos. As diferentes visões sobre a questão ficaram evidentes em setembro de 1963, quando Washington D.C. sediou a XIV Reunião do Conselho Diretor da Opas. Nessa ocasião, o México recebeu da Organização o certificado de país livre de *Aedes aegypti,* coroando uma luta de mais de quarenta anos das autoridades sanitárias e políticas do país contra o mosquito, iniciada ainda nos anos 1920, pela Fundação Rockefeller.[463] O Secretário de Saúde e Assistência mexicano José Álvarez Amézquita aproveitou a oportunidade para presentear o cirurgião-geral Luther L. Terry com "os últimos dois mosquitos *Aedes aegypti* do México", cuidadosamente envolvidos em plástico (Etheridge, 1992: 122). A mensagem era clara: o México havia conseguido, com muito esforço, erradicar o vetor da febre amarela de seu território e esperava que os Estados Unidos fizessem o mesmo o quanto antes, de modo a evitar uma possível reinfestação do país.

Em meados de 1963, além do México, outros 16 países e territórios das Américas também tinham erradicado o vetor da febre amarela e recebido a certificação da Opas.[464] A Argentina, por seu turno, estava próxima de completar a tarefa e ser adicionada à lista.[465] Naquela altura, os problemas se concentravam, como mencionamos anteriormente, na costa do Caribe, onde a resistência de *Aedes aegypti* aos inseticidas de ação residual representava um sério obstáculo para o sucesso da Campanha Continental, além de colocar em risco o sucesso obtido em outros países, dada a possibilidade

de uma reinfestação. O tema foi discutido na XV Reunião do Conselho Diretor da Opas, realizada na Cidade do México, em 1964, na qual foi aprovada uma resolução instruindo o diretor a intensificar os estudos que estavam sendo realizados para a solução do problema da resistência, de maneira a completar a erradicação do mosquito no continente tão logo fosse possível.[466]

A resistência do mosquito *Aedes aegypti* aos inseticidas, verificada no Caribe, e a presença do mosquito no território americano alarmavam as autoridades políticas e sanitárias mexicanas, na medida em que representavam uma ameaça para o país e para os próprios Estados Unidos. O México, embora tivesse erradicado o vetor da febre amarela, tinha um reservatório do vírus da doença em suas áreas de floresta. Nos Estados Unidos, por outro lado, a situação era inversa: o vírus não existia no território do país, mas *Aedes aegypti* sim. Nesse quadro, a possibilidade de mosquitos provenientes do território norte-americano reinfestarem o México, acarretando uma epidemia de febre amarela de grandes proporções e, em seguida, retornarem aos Estados Unidos carregando o vírus da doença e ocasionando, igualmente, um surto epidêmico, era real e capaz de trazer consequências desastrosas para toda a região. Assim, além das questões políticas, relacionadas ao estabelecimento de boas relações com os países latino-americanos em um contexto de Guerra Fria, o governo norte-americano tinha também, diante de si, uma virtual ameaça médico-sanitária.

O perigo latente se tornou real quando, ainda em setembro de 1963, o México passou a sofrer uma reinfestação de *Aedes aegypti* ao longo de suas fronteiras com os Estados Unidos, colocando em xeque o controle minucioso que as autoridades sanitárias do país realizavam nessas áreas.[467] Nesse quadro, intensificou-se a pressão política sobre o Congresso norte-americano para a aprovação de recursos para um programa de erradicação de *Aedes aegypti* dos Estados Unidos, tanto internamente, por parte de setores da sociedade civil, do gabinete do cirurgião-geral, do USPHS e do próprio governo federal, quanto externamente, por parte do México e das demais repúblicas americanas. Como resultado, a Comissão de Orçamento do Senado deu parecer favorável à alocação de recursos para as atividades de erradicação do mosquito dos Estados Unidos. A discussão retornou, então, à Câmara dos Representantes, onde, em setembro de 1963, a Comissão de Orçamento da Casa – aquela que apenas seis meses antes havia rejeitado o pedido de U$ 5.000.000 para atividades de combate ao mosquito – aprovou,

diante da crescente pressão política, o montante de US$ 2.800.000 para iniciar a tarefa de erradicar *Aedes aegypti* do território do país em um programa planejado para durar cinco anos.[468] Não era a quantia que os defensores do programa queriam, mas, pelo menos, dispunha agora de recursos para iniciar as suas atividades.

## O Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos (1964-1969)

Aprovado o financiamento para o programa, a direção do CDC aceitou o desafio de erradicar o vetor da febre amarela do território norte-americano em um período de cinco anos, apesar da oposição da maioria dos seus funcionários à iniciativa. Um Departamento de Erradicação do *Aedes aegypti* (*Aedes aegypti* Eradication Branch) foi criado, então, ainda em 1963, e Donald Schliessmann, engenheiro sanitário da agência, foi nomeado chefe do novo órgão (Schliessmann, 1964).

Em novembro de 1963, Soper visitou o CDC para uma reunião sobre as atividades de erradicação a serem implementadas. O seu objetivo era despertar o interesse dos funcionários da agência pelo programa, que teria início no ano seguinte. Os técnicos do CDC, contudo, passaram boa parte da reunião apontando as dificuldades de se ter como meta de um programa sanitário a erradicação de uma espécie. Diante das críticas e questionamentos, Soper observou que "parecia que os trabalhadores [do CDC] em alguns estados estavam esperando utilizar o dinheiro do *aegypti* para o desenvolvimento de programas de saneamento ambiental em geral". Ele também identificou um problema relacionado à jurisdição necessária para a execução do programa. O plano do CDC previa um controle direto sobre as atividades de erradicação a serem realizadas em cada estado, através dos diretores estaduais da agência. Entretanto, havia uma exigência para que as operações obedecessem a contratos assinados previamente com os governos locais. Tais operações seriam largamente baseadas na aplicação do DDT nos focos de reprodução dos mosquitos, localizados nas áreas externas das residências, através de poderosos pulverizadores. Soper enfatizou a necessidade da realização de inspeções e pulverizações também no interior das casas para a identificação e eliminação de criadouros domésticos de *Aedes aegypti*. Ele criticou o próprio planejamento do programa, na medida em que o mesmo, embora se baseasse em pulverizações externas, não previa

atividades para a identificação das áreas de repouso do mosquito ao ar livre. Na sua opinião, tal medida era fundamental, pois permitia identificar os locais onde o inseto ainda existia em uma baixa densidade.[469] Schliessmann, contudo, embora admitisse a possível existência de locais de reprodução do mosquito no interior das habitações, acreditava que a verificação dos criadouros domésticos deveria aguardar os resultados da aplicação inicial do DDT nas áreas externas. Com relação à localização das áreas de repouso do mosquito ao ar livre, ele não considerava esta uma tarefa importante. Ao contrário de Soper, o diretor do Departamento de Erradicação do *Aedes aegypti* do CDC acreditava que, se o mosquito fosse atacado nas regiões onde era mais comum, ele não seria capaz de sobreviver em uma baixa densidade (Schliessman & Magennis, 1964; Schliessmann, 1967).

Ainda nos marcos dos preparativos para o início das atividades, em dezembro de 1963 o cirurgião-geral Luther L. Terry solicitou à direção da Opas que indicasse um consultor para assessorar o CDC na fase de planejamento e nas operações iniciais do programa.[470] A escolha de Horwitz recaiu sobre o médico brasileiro Vicente P. Musa, consultor regional da Organização para a Erradicação do *Aedes aegypti*, com passagem pelo Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA) e pelo Serviço de Erradicação do *Aedes aegypti* da Colômbia. A sua função seria planejar e organizar o programa no país, bem como avaliar as atividades de campo que seriam desenvolvidas.[471]

Com a ajuda de Musa, o CDC estabeleceu um cronograma das atividades a serem realizadas nos cinco anos de duração do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos. O primeiro ano seria destinado ao trabalho de base organizacional, ao recrutamento e treinamento de pessoal e à aquisição de insumos básicos, materiais e equipamentos. Paralelamente, o Departamento de Erradicação do *Aedes aegypti* do CDC desenvolveria campanhas de educação sanitária e de limpeza ao longo da área de operação. Naquelas localidades onde o período de reprodução do mosquito era mais extenso, um trabalho de inspeção de maior abrangência seria realizado, seguido pela pulverização das áreas infestadas e suas adjacências. Ao longo do segundo ano, seriam realizadas duas inspeções, seguidas de pulverização. No terceiro ano se repetiriam as atividades do segundo. No quarto ano, apenas uma inspeção das áreas infestadas (cerca de dois terços do território) seria realizada, com menos pulverizações, em virtude da redução da esfera de ação. O quinto ano seria dedicado à inspeção e pulverização das regiões onde ainda havia *Aedes aegypti*. Ao longo dos cinco anos de vigência do programa, seria realizada

uma vigorosa vigilância, com o objetivo de prevenir a reinfestação daquelas áreas das quais o mosquito havia sido erradicado.[472]

Em 1964, às vésperas da implementação do programa, os técnicos do CDC realizaram um minucioso trabalho de reconhecimento da distribuição do mosquito vetor da febre amarela nos Estados Unidos. A pesquisa confirmou que apenas algumas localidades de nove estados do sudeste do país – Texas à Flórida, incluindo áreas relativamente pequenas da Carolina do Norte, Luisiana, Arkansas e Tennessee – estavam infectadas, assim como os territórios de Porto Rico e Ilhas Virgens (Morlan & Tinker, 1965). O governo norte-americano considerou, então, que, dada a distribuição de *Aedes aegypti* pelo território do país, a erradicação da espécie exigia um planejamento específico e uma supervisão cuidadosa em cada uma das regiões onde ela havia sido diagnosticada. Desse modo, o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos deveria ser conduzido pelo CDC, em cooperação com as autoridades estaduais e locais dos estados e territórios que abrigavam o inseto.[473] No total, o planejamento geral do programa previa a organização de medidas anti-*aegypti* em setenta localidades que, conforme se acreditava, constituíam o principal foco de infestação. Uma vez limpas essas áreas, seria realizada uma expansão em direção às pequenas comunidades periféricas. O plano era que, no máximo até fevereiro de 1965, as atividades de erradicação fossem estendidas para os outros estados infectados, com exceção do Arkansas e do Tennessee (Schliessman & Magennis, 1964).

O plano inicial do CDC era atacar o mosquito em todos os estados infestados de uma só vez. Entretanto, a necessidade de estabelecer convênios com os governos estaduais e locais e a escassez de recursos fizeram com que as atividades do programa tivessem início, em fevereiro de 1964, apenas nas Ilhas Virgens, em Porto Rico, no sul da Flórida e no Texas, regiões onde a infestação por *Aedes aegypti* era alta. Paralelamente, foram realizados levantamentos para apurar de maneira mais acurada as áreas de infestação do país. Conforme o programa progredisse e fundos adicionais fossem disponibilizados, as atividades seriam estendidas para outras áreas receptivas à febre amarela (Schliessman & Magennis, 1964).[474]

Em suas memórias, Soper atribuiu o caráter estadual do programa de erradicação de *Aedes aegypti* a uma estratégia deliberada do CDC, que “decidiu desde o princípio que não realizaria nenhum esforço especial para obter dos diversos governos estaduais os meios realmente indispensáveis para a tarefa da erradicação”. Nesse sentido, de acordo com ele, “o programa

se constituiria apenas em mais um programa sanitário dentre aqueles implementados pelos estados e com os quais o CDC colaborava" (Soper & Duffy, 1979: 375). Aos olhos de Soper, deixar a responsabilidade pelo programa para os estados significava a descentralização de suas atividades e o seu consequente enfraquecimento. Ele entendia o programa nacional de erradicação de *Aedes aegypti* como uma política de estado, centralizada pelo governo federal, tal qual o modelo implementado no Brasil e em outras repúblicas americanas. A complexidade do sistema político federativo dos Estados Unidos, no qual os estados gozam de grande autonomia, no entanto, impedia que o programa fosse executado da forma como Soper planejara.

As atividades do programa nacional de erradicação, previsto para durar cinco anos, basearam-se naquelas desenvolvidas anteriormente no projeto-piloto de Pensacola (1957-1961) e conjugavam os seguintes aspectos operacionais: o emprego rotineiro do DDT nas áreas identificadas como positivas para *Aedes aegypti* e cercanias, por meio dos poderosos pulverizadores acoplados a caminhões; vistorias ao redor das residências durante a estação de reprodução do mosquito, realizadas por inspetores sanitários munidos de pulverizadores manuais e treinados para identificar focos; pesquisas constantes sobre a susceptibilidade do mosquito *Aedes aegypti* ao DDT e sobre procedimentos alternativos de controle; estabelecimento de regulações para prevenir a dispersão indiscriminada do inseto, tanto em viagens interestaduais e internacionais quanto para fins de pesquisa; campanhas públicas de informação e conscientização, destinadas a obter a cooperação dos governos e dos proprietários locais para as atividades de eliminação dos focos de reprodução do mosquito.[475]

Donald Schliessmann, diretor do Departamento de Erradicação do *Aedes aegypti* do CDC, afirmou que iria usar os métodos mais democráticos que pudesse nas operações supracitadas. Entretanto, como observou Etheridge (1992) "cooperação e boa vontade eram tão vitais quanto o inseticida para a conclusão bem-sucedida da tarefa".

Em 1965 – segundo ano operacional do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* nos Estados Unidos – as atividades foram estendidas ao Havaí, Alabama, Geórgia, Mississipi e Carolina do Sul. Paralelamente, forças móveis especiais foram enviadas àqueles estados onde o índice do mosquito era reduzido, tais como o Arkansas, a Carolina do Norte e a Luisiana. No total, o Programa estava sendo implementado em quase um quarto do país nessa época, com cerca de 40 milhões de pessoas e 19 milhões de casas sendo objeto de inspeção e tratamento (Paho, 1962). No auge de suas

atividades, ele chegou a contar com trezentos funcionários federais, que trabalhavam, em sua maioria, na sede do CDC, em Atlanta, na Geórgia. Outros milhares de agentes de saúde pública atuavam na esfera estadual, em regime de contrato temporário com o governo federal. A maioria deles, no entanto, conforme já destacamos, não acreditava no sucesso do Programa e, muito menos, que os mosquitos transportados dos Estados Unidos para os países vizinhos eram a causa dos surtos epidêmicos de febre amarela que voltavam a ser reportados em diversas regiões das Américas.[476]

O Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos tinha duas diferenças se comparado àqueles implementados, desde 1947, em outras repúblicas americanas, nos marcos da Campanha Continental da Opas. A primeira delas, como Soper já havia apontado, era a inexistência de quaisquer atividades destinadas a identificar e eliminar os focos de reprodução dos mosquitos no interior das residências. Ao contrário do que era feito nos países latino-americanos e caribenhos, o programa norte-americano previa a aplicação sistemática do DDT apenas nos criadouros de *Aedes aegypti* localizados no exterior das habitações. Essa limitação se relaciona com a questão da propriedade privada, muito importante nos Estados Unidos, constituindo-se mesmo em um dos pilares da sociedade norte-americana. Ao contrário do que acontecia nos demais países das Américas, os cidadãos norte-americanos não franqueavam as suas residências aos agentes de saúde. Existia, então, um impedimento de ordem moral, ideológica, quase religioso, um *ethos* norte-americano que limitava o escopo do programa, comprometendo o seu desenvolvimento.

A segunda diferença era a falta de informações detalhadas sobre as atividades de erradicação. Os informes periódicos sobre o desenvolvimento do Programa que o CDC encaminhava à Opas limitavam-se à apresentação de dados anuais mínimos, por condado, em vez de dados trimestrais, organizados por cidades ou povoados, conforme o padrão estabelecido desde o início da Campanha Continental. Tratava-se de uma simples enumeração dos condados investigados, daqueles infestados por *Aedes aegypti* e dos que estavam sendo submetidos a tratamento. A direção da Opas pressionava o governo norte-americano por informações mais acuradas, na medida em que a falta de detalhamento sobre o desenvolvimento do programa dificultava qualquer avaliação sobre os progressos que estavam sendo realizados, bem como sobre os problemas enfrentados (Schliessmann, 1964, 1966, 1967).

A pressão da Opas por informações mais detalhadas sobre o programa norte-americano de erradicação estava relacionada à proximidade da XVII

Conferência Sanitária Pan-Americana, na qual deveria ser anunciada a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas e, consequentemente, o término da Campanha Continental. Nenhum dos dois anúncios, contudo, pôde ser feito. A Conferência, realizada em Washington D.C., entre 26 de setembro e 7 de outubro de 1966, encontrou os Estados Unidos ainda inteiramente envolvidos com a erradicação do vetor da febre amarela em diversas partes do seu território. Os delegados norte-americanos chegaram, inclusive, a se desculpar com a direção da Opas e com os representantes das repúblicas americanas presentes à Conferência por seu país não ter conseguido alcançar a meta no prazo acordado. Naquele momento, no entanto, os problemas da Campanha Continental não se resumiam aos Estados Unidos. Pelo contrário, a situação era insatisfatória em várias partes do hemisfério ocidental. Cuba, República Dominicana, Haiti, Trinidade e Tobago, Jamaica e Venezuela, por exemplo, também ainda não haviam conseguido erradicar *Aedes aegypti* de seus territórios.[477]

Como se não bastasse a impossibilidade de anunciar a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1966, conforme o planejado, a Opas ainda teria que enfrentar um problema mais grave. Desde meados da década de 1960 vinha aumentando o número de países certificados como livres do mosquito que reportavam à Organização a reinfestação de seus territórios. Esse era o caso, por exemplo, das Guianas Francesa e Britânica, de El Salvador (OPS, 1967) e da Colômbia.[478] Desse modo, se consideramos os países que ainda não tinham conseguido erradicar *Aedes aegypti* e aqueles que vinham reportando a reinfestação de seus territórios pelo mosquito, podemos perceber que os problemas da Campanha Continental concentravam-se geograficamente no norte da América do Sul, no Caribe, em El Salvador e nos Estados Unidos. A presença do vetor da febre amarela nessas regiões ameaçava seriamente os 14 países que, àquela altura, haviam conseguido erradicá-lo, quais sejam: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai.[479]

A ameaça em potencial se materializou em 1967, quando o Brasil reportou à Opas a reinfestação do seu território por *Aedes aegypti*, que tinha sido erradicado do país em 1958. O mosquito foi encontrado em Belém, capital do estado do Pará, localizado na região Norte (Franco, 1969), gerando um surto epidêmico que, nos anos seguintes, se alastrou para o sudeste de Goiás e ganhou as manchetes de importantes jornais brasileiros,[480] assim como de periódicos da comunidade médica.[481] O Brasil tinha uma importância

estratégica para a Campanha Continental, não apenas por sua posição geográfica, na medida em que faz fronteira com dez países da América do Sul, como também por ter sido o pioneiro no combate à febre amarela no continente, o propositor da Campanha Continental em 1947 e o país que mais enviava técnicos e especialistas para auxiliar na organização e implementação de programas de erradicação em diversas nações do continente. Entretanto, embora colaborasse com outras repúblicas americanas nas atividades de combate a *Aedes aegypti*, no plano interno o governo brasileiro vinha enfraquecendo o Serviço Nacional de Febre Amarela. Em 1956, antes mesmo da erradicação de *Aedes aegypti* ter sido alcançada no país, o SNFA foi absorvido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), órgão criado nesse ano pelo presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960).[482] Desse momento em diante, o DNERu diminuiu substancialmente o número de funcionários engajados na Coordenação do Combate à Febre Amarela, o que prejudicou as atividades de vigilância epidemiológica no país. Em julho de 1961, inclusive, o diretor-geral substituto do órgão, Aprígio Salgado, extinguiu as coordenações por doenças, agrupando as suas atividades em uma Divisão de Profilaxia (Severo, 1955; Franco, 1969; Benchimol, 2001). Seis anos depois, em agosto de 1965, o presidente Castelo Branco (1964-1967) promulgou o decreto n. 56.759, extinguindo aquele de 1932, que havia criado o Serviço Cooperativo de Febre Amarela, e acabando formalmente com as atividades de combate à doença no país.[483] Como resultado, dois anos depois o Brasil sofreu uma reinfestação do seu território por *Aedes aegypti*.

Comentando sobre o decreto n. 56.759, Odair Franco (1969: 151) afirmou que:

> O novo Decreto tratou da vacinação antiamarílica em todo o país, da prática de necropsias ou da viscerotomia sempre que necessárias, da vigilância anti-*aegypti*, mas não se referiu, propriamente, ao ataque ao vetor urbano da doença, que não era encontrado no território brasileiro desde 1955. Todavia, pairava sobre o Brasil a ameaça da reinfestação pelo *Aedes aegypti* trazido do exterior através do tráfego aéreo e marítimo.

A reinfestação de Belém sinalizava que a Campanha Continental atravessava um período crítico. Mais do que isso, evidenciava que *Aedes aegypti* estava se deslocando do norte para o sul do continente, pois a espécie havia reinfestado primeiramente o México, depois alguns países do Caribe, chegara à Colômbia para, finalmente, atingir a região Norte do

Brasil. Tal constatação fortaleceu os argumentos daqueles que acusavam o governo norte-americano de ser o responsável pela reinfestação que ocorria em várias repúblicas americanas. Contra os Estados Unidos, pesavam as acusações de terem ingressado tardiamente na Campanha Continental, de não terem erradicado o vetor da febre amarela do seu território e de não disponibilizarem informações suficientes sobre o desenvolvimento do seu programa de erradicação, que poderiam ajudar os países vizinhos a prevenir a reinfestação de seus territórios. Diante dessa situação, o governo norte-americano teria que dar uma resposta às repúblicas americanas.

## O Abandono do Programa Norte-Americano de Erradicação e a Reinfestação das Américas por *Aedes aegypti*

Em uma tentativa de diminuir a insatisfação das repúblicas americanas e acalmar a direção da Opas, em 1967 o governo dos Estados Unidos solicitou à Organização que designasse um grupo de trabalho para avaliar o programa de erradicação em curso no país. O grupo foi composto pelos brasileiros Paulo C. Antunes e Octavio Pinto Severo, respectivamente diretor adjunto da Opas (1947-1951) no início da gestão de Soper e consultor para a Campanha Continental, e pelo uruguaio Sólon Veríssimo, também funcionário da Organização, todos com larga experiência em atividades de combate ao mosquito *Aedes aegypti* no continente. A presença de dois especialistas brasileiros na comissão realçava o papel de destaque exercido pelo país na Campanha Continental. Os três estiveram nos Estados Unidos entre 1 de abril e 11 de maio de 1968.[484]

Primeiramente, eles participaram da Conferência sobre a Erradicação do *Aedes aegypti* das Américas, convocada pela Opas e realizada entre 3 e 5 de abril de 1967, em Washington D.C. A Conferência atendia a uma determinação da XVII Conferência Sanitária Pan-Americana, expressa em sua resolução XIX, que instruía o diretor da Organização a tomar todas as medidas necessárias para acelerar a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas e para assegurar que a Campanha Continental fosse implementada simultaneamente e de maneira coordenada em todas as áreas ainda infestadas pelo mosquito. Entre as medidas preconizadas para alcançar essa coordenação, a resolução recomendava a realização de encontros frequentes e periódicos das autoridades sanitárias nacionais responsáveis pelo programa

continental de erradicação da Opas.[485] A Conferência sobre a Erradicação do *Aedes aegypti* das Américas foi o primeiro desses encontros.[486]

Terminada a Conferência, Antunes, Severo e Veríssimo dedicaram-se a examinar o desenvolvimento do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos. Para tanto, tiveram a companhia de Horwitz e de Vicente P. Musa, da Opas; do subsecretário de Assuntos de Saúde e Ciência; de alguns membros da Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar e do próprio cirurgião-geral, William H. Stewart (1965-1969), que havia substituído Luther L. Terry dois anos antes. Inicialmente, eles visitaram a sede do Departamento de Erradicação do *Aedes aegypti,* no prédio do CDC, em Atlanta, para se informar acerca do planejamento das operações, antes de procederem à inspeção de campo. Além de Atlanta e Savannah, na Geórgia, o grupo visitou também Jacksonville, na Flórida; Austin, no Texas; Columbia, na Carolina do Sul; San Juan, em Porto Rico; e as Ilhas Virgens. Em todas essas regiões eles se encontraram com os altos funcionários do CDC encarregados do programa, com os quais trocaram experiências e informações.[487]

O informe inédito da comissão continha uma série de críticas ao Programa, a mais dura delas referente à ausência de indicações concretas sobre se a erradicação de *Aedes aegypti* havia sido alcançada em algum setor importante. Na opinião de Antunes, Severo e Veríssimo, tal situação se devia, principalmente, à adoção de uma estratégia inadequada, baseada no emprego de novos métodos e técnicas cuja eficácia ainda não tinha sido comprovada, e à falta de uniformidade e flexibilidade, tanto no plano administrativo quanto operacional. Eles também salientaram a incapacidade do programa de erradicação norte-americano de realizar uma cobertura completa e eficaz das comunidades atendidas, "em virtude de certas condições especiais existentes nos Estados Unidos, tais como a oposição à inspeção no interior das casas e o grande número de recipientes artificiais e descartáveis apropriados para a reprodução do *Aedes aegypti*". Com base nas observações realizadas, a comissão sugeria, então, a adoção de estratégias adequadas à natureza e extensão do problema, calcadas em métodos e técnicas recomendadas pela Opas e que haviam sido empregadas com sucesso na erradicação do mosquito da maioria dos países do hemisfério, e o estabelecimento de uma forma de organização que permitisse ao programa operar de maneira uniforme e com a necessária flexibilidade administrativa. Antunes, Severo e Veríssimo acreditavam que, uma vez implementadas essas mudanças, seria possível cobrir toda a área infestada em um curto espaço de tempo e, consequentemente, erradicar *Aedes aegypti* do território norte-americano.[488]

As críticas da comissão designada pela Opas contribuíram para que, no verão de 1968, o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos fosse transferido do CDC para a Administração de Controle do Meio, do Departamento de Proteção do Consumidor e de Higiene Ambiental (Environment Control Administration – Department of Consumer Protection and Environmental Hygiene). Como afirma Etheridge (1992), embora o Programa não tenha nascido em Atlanta, o CDC havia assumido a responsabilidade por sua implementação. A direção da agência, no entanto, jamais foi uma entusiasta de tal programa, de modo que o abandonou sem maiores arrependimentos. Na época em que o vínculo foi encerrado, a atenção dos seus funcionários estava voltada para outros projetos, em que as chances de sucesso eram muito maiores.

O Programa receberia mais um golpe em 1969, quando David J. Sencer,[489] então diretor do CDC (1966-1977) – agora designado Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention) – solicitou um revisão geral do projeto e propôs uma nova abordagem para o problema de *Aedes aegypti* nos Estados Unidos. Em um artigo publicado no *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, ele argumentou que, a menos que o programa de erradicação norte-americano tivesse um caráter global, ele nada mais era do que um desperdício de tempo e de dinheiro. Sencer, assim como a maioria dos funcionários do CDC, estava convencido de que, nas condições existentes no país na época, o mosquito *Aedes aegypti* não era erradicável a um custo razoável. Ele também não concordava com a ideia de que a eliminação da febre amarela dependia da erradicação do mosquito do hemisfério ocidental. Desse modo, em vez de tentar erradicar *Aedes aegypti*, uma tarefa hercúlea, se não impossível, na sua opinião, a proposta do diretor do CDC era priorizar a pesquisa básica e operacional sobre a febre amarela e a dengue – uma enfermidade que também tinha *Aedes aegypti* como vetor e que começava a causar epidemias devastadoras no Caribe – assim como as atividades de vigilância e a assistência epidêmica imediata. Sencer afirmava, inclusive, que muito ainda precisava ser conhecido sobre a história natural do vírus da dengue e também sobre se o controle da doença poderia ser alcançado com ou sem a erradicação do vetor (Sencer, 1969).

O artigo de Sencer mereceu duras críticas de Fred Soper e de Wilbur G. Dows, diretor adjunto da Divisão de Ciências Médicas e Naturais da Fundação Rockefeller, responsável pelo programa de arbovírus da instituição filantrópica (1961-1971), e diretor da Unidade de Pesquisa sobre o Arbovírus

da Universidade de Yale. Ambos escreveram para o editor do *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* Robert Briggs Watson, professor da Escola de Saúde Pública da Universidade da Carolina do Norte, alertando-o sobre o que consideravam ser afirmações potencialmente perigosas sobre a febre amarela presentes no artigo de Sencer, tais como a de que "a vigilância deve ser tal que o primeiro caso, ou ao menos a primeira geração de casos, decorrentes da importação é reconhecido e o segundo prevenido" e que "a tecnologia necessária para este feito, no caso da febre amarela, está disponível, consistindo na rápida vacinação em massa e no controle do vetor". Conforme argumentavam Downs e Soper, embora Sencer não tivesse escrito isso explicitamente, tais afirmações davam a entender, equivocadamente, que a tecnologia necessária para um rápido reconhecimento dos casos da doença também estava disponível no país.[490] A carta de Soper, inclusive, foi publicada na mesma edição do periódico que trazia o artigo de Sencer (Soper, 1969). Ele também escreveu para o próprio Sencer, afirmando que o seu artigo "questionava os conceitos e ideias sobre a febre amarela que ele havia formulado ao longo de sua carreira profissional" e que, por esse motivo, sentia-se "obrigado a comentar as suas propostas acerca da prevenção à febre amarela".[491] Além de Sencer, Soper também enviou os seus comentários para o cirurgião-geral William H. Stewart.[492]

Na carta enviada ao editor do *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Soper (1969) afirmava que o que Sencer estava defendendo nada mais era do que um retorno à estratégia dos anos 1920, quando a Fundação Rockefeller combatia a febre amarela onde quer que ela surgisse ou onde os serviços de vigilância epidemiológica a diagnosticassem. Ele argumentava, contudo, que, em 1963, o CDC não tinha adotado nenhuma medida para combater a dengue em Porto Rico, quando cerca de trinta mil casos foram reportados, situação que se repetiu em 1968, quando o número de doentes na região excedeu a marca de 16 mil. Para Soper, a pouca disposição da agência em responder a essas emergências sanitárias depunha contra a estratégia preconizada por Sencer.

Alguns anos depois, em suas memórias, Soper abordaria novamente a oposição do diretor do CDC ao Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos, afirmando que, "confiante nos recursos técnicos disponíveis, Sencer defendia o critério de fazer frente à ameaça da febre amarela quando esta aparecesse, no lugar de tornar impossível a sua aparição". Ele salientava que, embora este procedimento pudesse ter tido êxito, "ao custo de algumas vidas de cidadãos norte-americanos", Sencer

"ignorava por completo o fato de que, em muitos lugares dos Estados Unidos, a população de *Aedes aegypti* pode exportar-se aos países vizinhos, sobretudo ao México, que já tinha erradicado a espécie a um custo nada desprezível" (Soper & Duffy, 1979: 378).

Os argumentos de Soper, no entanto, não foram capazes de impedir a extinção do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos que, entre 1964 e 1968, havia consumido 54 milhões de dólares, constituindo-se em uma das mais caras campanhas de erradicação de insetos já lançadas pelo USPHS. A nova administração republicana do presidente Richard Nixon (1969-1974) considerou que o montante gasto já era suficiente, principalmente em um cenário em que não havia garantia de sucesso. Desse modo, a dotação orçamentária de US$ 16.000.000, prevista para as atividades do programa em 1969, foi suprimida em sua totalidade pelo governo federal. Como consequência, o programa foi abandonado e, posteriormente, encerrado.[493]

Em maio de 1969, o cirurgião-geral do USPHS, William H. Stewart, comunicou à direção da Opas que o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos seria encerrado e que não existiam planos para retomá-lo, solicitando que a organização interamericana de saúde transmitisse a decisão ao governo do México.[494] Dois meses antes, Soper havia tentado, sem sucesso, demovê-lo dessa ideia.[495] A decisão do governo norte-americano de encerrar o programa nacional de erradicação ocorreu justamente quando a Opas começava a reportar seguidas reinfestações em pelo menos cinco países das Américas que já tinham conseguido erradicar *Aedes aegypti*: Panamá, Honduras, El Salvador, México e Brasil.[496]

Nos dias 11 e 12 de setembro de 1969, realizou-se, em El Paso, no Texas, uma reunião binacional entre os governos do México e dos Estados Unidos para tratar do problema da infestação do mosquito ao longo da fronteira entre os dois países. David Sencer foi um dos membros da delegação enviada por Washington para tentar acalmar as autoridades mexicanas, que acusavam o mosquito de ter cruzado as fronteiras do país, levando consigo doença e morte. Na ocasião, os delegados norte-americanos enumeraram os principais fatores que contribuíram para a decisão de encerrar o programa nacional de erradicação: o seu alto custo; as dificuldades legais que envolviam a sua implantação, tais como a recusa de muitos cidadãos do país em permitir que os inspetores sanitários ingressassem em suas propriedades à procura de mosquitos; e a onda crescente de oposição ao uso do DDT em larga escala.[497] Nesse mesmo mês,

a posição do governo norte-americano foi oficializada na XIX Reunião do Conselho Diretor da Opas, realizada em Washington D.C.[498]

A questão da oposição ao uso do DDT merece destaque. O Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos foi implementado em um período no qual as atitudes em relação ao uso de pesticidas em larga escala estavam se alterando rapidamente. Em 1962, Rachel Carson havia publicado o livro *Primavera Silenciosa* (*Silent Spring*), que se tornaria a base do movimento ambientalista no século XX. As críticas da autora não eram direcionadas ao uso de pesticidas em atividades de saúde pública, mas sim à sua aplicação em larga escala na agricultura o que, na sua opinião, afetava o equilíbrio natural, ocasionando danos duradouros e, em alguns casos, irreversíveis à natureza e à vida selvagem (Carson, 1962). O campo da saúde pública, contudo, não passou incólume pelos questionamentos presentes na obra, pois os pesticidas também começaram a ser vistos – inclusive pelo governo norte-americano – como prejudiciais à vida humana.[499] Como resultado das controvérsias, em 1972 o DDT foi proibido nos Estados Unidos.[500]

Outro fator que contribuiu para o abandono do Programa foi a firme oposição dos entomólogos norte-americanos ao seu desenvolvimento, sobretudo a partir do momento em que perceberam que a palavra erradicação se aplicava também às colônias de insetos que mantinham em seus laboratórios para fins de pesquisa. Em defesa dos seus espécimes, eles argumentavam que ainda havia muito a aprender sobre o vetor da febre amarela e que as pesquisas que desenvolviam eram vitais para o sucesso do programa. Como exemplo, mencionavam estudos em curso sobre os hábitos de *Aedes aegypti,* que vinham revelando que o mosquito não era tão doméstico como se acreditava, sendo frequente a procriação da espécie a uma distância de cerca de um quilômetro das habitações humanas, em buracos de árvores e folhas de palmeira.[501] Um desses entomólogos era Samuel W. (Sib) Simmons, então chefe do Departamento de Tecnologia do CDC, que defendia veementemente a realização de mais pesquisas sobre formas alternativas de combate a *Aedes aegypti* que não implicassem sua erradicação. Simmons sugeria a utilização de armadilhas de oviposição (*ovitraps*), na medida em que estas possibilitavam a identificação dos criadouros dos mosquitos, sem que fosse necessário matá-los ou capturá-los.[502]

As *ovitraps* tinham sido descritas, pela primeira vez, em 1966, por R. W. Fay e Donald A. Eliason, ambos funcionários do Departamento de Tecnologia do CDC, em um artigo no qual defendiam a utilização do dispositivo no Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* do sudeste dos

Estados Unidos (Fay & Eliason, 1966). A armadilha consistia em um frasco preto brilhante, de boca larga, com capacidade para aproximadamente ¼ de litro, parcialmente cheio de água, e que continha uma paleta de madeira, a qual se ajustava um papel absorvente, a fim de oferecer ao mosquito um lugar atrativo para oviposição. As fêmeas do inseto eram atraídas para a armadilha por sua cor e aroma. A existência de ovos do mosquito depositados na madeira significava que *Aedes aegypti* existia na área e que a mesma deveria ser pulverizada (Fay & Perry, 1965; Fay & Eliason, 1966). A importância desse dispositivo residia na possibilidade de determinar a presença do inseto, independentemente dos resultados referentes às larvas. A dupla comprovação, ou seja, o diagnóstico da presença de *Aedes aegypti* em sua forma adulta e larvária, era de grande utilidade, pois permitia que se identificasse, com maior segurança, as regiões infestadas pelo vetor da febre amarela (Jakob & Bevier, 1969).

Para Soper, no entanto, a criação das *ovitraps* e a sua utilização no Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos explicam, em parte, o fracasso do mesmo, na medida em que nos ajudam a entender o que ocorreu nas áreas onde a redução do índice do mosquito se aproximou da erradicação. Na sua opinião, a invenção do dispositivo mascarou aquelas que seriam "as questões reais da erradicação", quais sejam: qual é a melhor maneira de identificar a localização exata dos criadouros ocultos, não detectados pela procura por larvas nas fases finais das atividades de erradicação? Seriam as *ovitraps* capazes de localizar os focos ocultos de reprodução do mosquito? Os resultados negativos obtidos após utilização do dispositivo em uma determinada área significavam, de fato, que *Aedes aegypti* não existia ali? (Soper & Duffy, 1979).

Soper não estava convencido da utilidade das *ovitraps* na detecção de mosquitos adultos ou, pelo menos, não confiava no dispositivo para atestar que a espécie não existia em uma determinada região. Como argumentou:

> nem a presença de ovos nem de larvas do *Aedes aegypti* revelam de onde vêm os mosquitos adultos: ou seja, os criadouros primários da espécie, que devem ser detectados e eliminados em sua totalidade para alcançar a erradicação do mosquito na área considerada. Por isso, o ponto débil do sistema de *ovitraps* reside no fato de que, embora indique a presença de mosquitos adultos, não revela onde os mesmos se originam. (Soper & Duffy, 1979: 377)

Além das *ovitraps*, outra crítica de Soper ao programa de erradicação norte-americano dizia respeito à não inspeção das residências. Na sua opinião:

> Um serviço eficaz de erradicação deve estar em condições de proceder à indagação de todos os locais compreendidos em sua área de operação, tanto no interior quanto no exterior. Em consequência, o pessoal deste programa deve estar autorizado a inspecionar, inclusive, os domicílios particulares. (Soper & Duffy, 1979: 377)

Na verdade, desde 1958 Soper acusava o governo norte-americano de não estar disposto a tomar parte nos esforços continentais para a erradicação de *Aedes aegypti* (Soper, 1959). Os Estados Unidos foram a última nação das Américas a aderir à Campanha Continental e só o fizeram em virtude das críticas que recebiam das repúblicas americanas. Nesse sentido, ele considerou lamentável a decisão do seu país de interromper o programa nacional de erradicação e enumerou uma série de razões que, na sua opinião, concorreram para tal atitude:

> 1. Falta de jurisdição. Nos Estados Unidos a saúde pública incumbe às autoridades estaduais e locais, salvo quando solicitam assistência do serviço federal.
>
> 2. Ausência de uma tecnologia de erradicação de eficácia demonstrada. Ainda que se disponha de substitutos satisfatórios do DDT, a erradicação exige uma grande dedicação às operações sobre o terreno com uma supervisão digna de segurança, uma notificação imediata e exata e uma análise simultânea dos resultados obtidos. A tecnologia deve permitir também detectar e eliminar os últimos criadouros de mosquitos, por difícil que seja localizar estes focos primários.
>
> 3. A inexistência do direito a entrar em todos os locais e em cada uma de suas partes, incluídos os domicílios particulares, ocupados ou não, com independência dos desejos do residente ou do proprietário.
>
> 4. O custo elevado da erradicação do *Aedes aegypti*, que exige um emprego intensivo de mão de obra.
>
> 5. o caráter sazonal das operações sobre o terreno em quase todas as zonas infestadas pelo *Aedes aegypti* no território continental dos Estados Unidos. As baixas temperaturas durante os seis meses mais frios do ano, quando a densidade do mosquito é normalmente mínima, pode ter exercido um efeito desmoralizador sobre o pessoal do campo. (Soper & Duffy, 1979: 378)

Soper nunca perdoou o governo de seu país por não ter cumprido a sua parte na tarefa de erradicar *Aedes aegypti* das Américas quando teve oportunidade, como evidencia o último capítulo de suas memórias, intitulado "O fracasso dos Estados Unidos em erradicar o *Aedes aegypti*". Nele, Soper classifica como "inadequada do ponto de vista técnico" a proposta do governo norte-americano de abandonar as atividades de erradicação para se concentrar na prevenção à exportação de *Aedes aegypti* para os países vizinhos. Para reforçar o seu argumento, ele cita o caso do Brasil, que propôs a Campanha Continental, em 1947, após se dar conta de que não era capaz de evitar a reinfestação do seu território através de suas fronteiras e portos. Na sua opinião, com o Estados Unidos não seria diferente, na medida em que o mosquito podia ser transportado de um lugar a outro em automóveis, ônibus, embarcações e aviões. O inseto se adaptava muito bem ao transporte internacional de certos artigos, particularmente pneus usados, que os Estados Unidos exportavam em grandes quantidades a vários países latino-americanos. Além disso, se já era complicado e custoso evitar a exportação do mosquito a outros países, era mais difícil ainda demonstrar que a reinfestação não provinha do território norte-americano. Em 1965, por exemplo, os investigadores da Opas haviam atribuído a reinfestação de El Salvador aos envios de pneus usados procedentes do país (OPS, 1966). Assim, de acordo com Soper, enquanto os Estados Unidos permitissem que a espécie continuasse existindo em seu território, a culpa pelas reinfestações ocorridas em outras repúblicas americanas seria sempre atribuída ao país (Soper & Duffy, 1979: 379).

Ele também afirmava que o abandono da erradicação de *Aedes aegypti* em prol da vigilância da febre amarela era contrário aos interesses dos próprios Estados Unidos. Na sua opinião, não convinha ao país "ignorar as obrigações mútuas assumidas, nem os solenes compromissos contraídos por seus delegados, devidamente autorizados ante as conferências internacionais de saúde". Ao renunciar unilateralmente à erradicação de *Aedes aegypti* e substituí-la por um programa voltado para a não exportação do mosquito, os Estados Unidos abriam o caminho para que outros países adotassem o mesmo procedimento. Assim, "a obra inteira da erradicação continental podia desmoronar", com a conseguinte reinfestação de todas as Américas e a reaparição periódica de epidemias de febre amarela urbana, dengue e outras enfermidades transmitidas por *Aedes aegypti* (Soper & Duffy, 1979: 380).

Da mesma forma, Soper entendia que a renúncia por parte dos Estados Unidos punha em questão a sinceridade dos compromissos assumidos pelo país com outras campanhas internacionais de erradicação e a sua participação nelas. Ele considerava a Campanha Continental como a precursora das campanhas contra a malária e a varíola que se desenvolviam na época e de futuros programas de erradicação que romperiam deliberadamente as barreiras que impediam a solidariedade internacional. Nesse sentido, as autoridades sanitárias do país deveriam assumir a responsabilidade de levar a termo a erradicação de *Aedes aegypti* no hemisfério ocidental, de modo a assegurar a desaparição permanente da febre amarela urbana. Esse trabalho era, na visão de Soper, "uma apólice de seguros que garantia um aspecto da saúde da população urbana das Américas" (Soper & Duffy, 1979: 381). Seu elevado custo em esforços e investimentos justificava-se como um pagamento *per capita* em troca da grande população protegida e da ausência de casos de febre amarela. A legitimidade da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* advinha do conhecimento das epidemias que ocorreram no passado e que poderiam voltar a eclodir se a espécie retornasse aos seus antigos criadouros e a muitos outros aos quais tinha acesso nas Américas naquela época. O perigo era iminente porque, embora o vírus amarílico tivesse desaparecido das zonas urbanas, o vetor da doença estava pronto para retornar da selva e causar estragos (Soper & Duffy, 1979).

Em carta enviada a Louis A, Riehl, professor de Entomologia da Universidade da Califórnia, em 19 de junho de 1970, Soper ainda se lamentava pelo fracasso do programa norte-americano, afirmando que:

> Uma das experiências mais frustrantes que tive na vida foi a tentativa de erradicar o *Aedes aegypti* dos Estados Unidos. Isso é particularmente verdadeiro na medida em que eu desempenhei um papel importante em conseguir aprovação para o projeto (...). Entretanto, eu estive à margem da campanha.[503]

A decisão dos Estados Unidos de finalizar o seu programa nacional de erradicação ocorreu em um momento no qual diversos países das Américas reportavam seguidas reinfestações de seus territórios por *Aedes aegypti*. Os dois fatores foram responsáveis pelo enfraquecimento da Campanha Continental e, posteriormente, pelo seu abandono por parte da Opas, sem que a meta de erradicar o vetor da febre amarela das Américas fosse alcançada. Assim, todo o trabalho realizado nos 22 anos de vigência da Campanha desmoronava diante do olhar incrédulo dos especialistas em

saúde pública do continente e o mosquito *Aedes aegypti* voltava a ser uma ameaça para o hemisfério ocidental.

Fred Soper, até o final de sua vida, acusou os Estados Unidos de terem sido os responsáveis pela reinfestação do continente americano por *Aedes aegypti*. Ele argumentava que, apesar do mosquito ter sido eliminado de boa parte das Américas Central e do Sul, a erradicação continental da espécie não foi alcançada porque o governo norte-americano não foi capaz de realizar o mesmo trabalho minucioso que era desenvolvido pelas demais repúblicas americanas. Na realidade, o combate ao mosquito e a pulverização do interior das residências com o DDT, nos Estados Unidos, esbarrou em um elemento constitutivo da sociedade norte-americana: o direito à propriedade. Dada a importância dessa questão, o trabalho não seguiu os mesmos métodos que haviam sido empregados no restante do hemisfério ocidental, o que impediu que *Aedes aegypti* fosse erradicado do país. Os Estados Unidos se constituíram, então, em um oásis para o mosquito que, a partir do território norte-americano, pôde reinfestar diversos países do continente, levando consigo o flagelo amarílico. Soper, primeiro como diretor da Opas e, posteriormente, como consultor especial da Divisão de Saúde Internacional do gabinete do cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública, fez várias advertências nesse sentido e, uma vez confirmada a reinfestação, denunciou de maneira contundente o governo do seu país pelo fracasso daquela que seria a grande realização da rede transnacional de sanitaristas da qual era o principal expoente, formada pelas atividades da Fundação Rockefeller no continente: a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas.

Na verdade, a incapacidade dos Estados Unidos de implementarem um programa de erradicação nos moldes imaginados por Soper deveu-se menos a uma suposta negligência do governo do país e mais às características democráticas da sociedade norte-americana. O Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos (1964-1969) foi elaborado com base nos métodos de combate ao vetor da febre amarela empregados em outros países das Américas desde 1947 e naqueles utilizados durante o projeto de Pensacola (1957-1961). Entretanto, na transição do projeto-piloto para o programa nacional, o trabalho de inspeção e pulverização do interior das residências – fundamental para o sucesso das atividades de erradicação em outros países – foi abandonado. Tal fato evidencia que, na tarefa de erradicar o vetor da febre amarela de seu território, por si só de grande magnitude, os Estados Unidos ainda tiveram que lidar com alguns

complicadores a mais, tais como as questões de propriedade e privacidade, muito fortes no país. Além disso, dada a estrutura do sistema federativo norte-americano, a implementação de um programa de erradicação em nível nacional pressupunha uma estreita colaboração entre as autoridades sanitárias federais, estaduais, dos condados e dos municípios, o que se revelou uma tarefa extremamente difícil. Tais fatores, somados às críticas ao programa feitas pelos ambientalistas e pela comunidade médica norte-americana, sobretudo os entomólogos, levaram a um rápido abandono do programa nacional de erradicação e à consequente reinfestação do continente, minando as bases da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*.

# Conclusão: saúde internacional, erradicação de *Aedes aegypti* e o fortalecimento das relações interamericanas

No presente livro, analisaram-se as origens, o desenvolvimento, as consequências e as controvérsias suscitadas pela Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, lançada em 1918 pela Fundação Rockefeller, reformulada durante a Segunda Guerra Mundial e retomada, em 1947, sob os auspícios da Organização Sanitária Pan-Americana (OSP), com a nova designação de Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. Durante os seus cerca de cinquenta anos de desenvolvimento, a campanha contra a febre amarela impulsionou a cooperação internacional em saúde nas Américas, estreitando os intercâmbios entre as nações da região.

Apesar de sua importância no cenário das relações interamericanas, a Campanha Continental não havia merecido a atenção dos historiadores da saúde internacional anteriormente. Tal situação contrasta com o destaque dado pela historiografia ao Programa de Erradicação da Malária, lançado em 1955, em um contexto de acirramento das disputas entre as superpotências, que caracterizou a Guerra Fria; e à Campanha Mundial para a Erradicação da Varíola, iniciada em 1959 e encerrada com êxito em 1980. A Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* foi anterior aos dois programas da Organização Mundial da Saúde (OMS) servindo, inclusive, de modelo para a formulação e implementação de ambos. Embora tenha se desenvolvido no cenário da Guerra Fria, o seu lançamento, no pós-Segunda

Guerra Mundial, foi uma consequência da crescente cooperação entre as repúblicas americanas na área da saúde, que vinha sendo construída desde a década de 1920, em meio ao desenvolvimento da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller nas Américas.

Recuperou-se a importância da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* no cenário da saúde internacional no pós-Segunda Guerra Mundial, relacionando as articulações que levaram ao seu lançamento, em 1947, e o seu desenvolvimento desse momento até o fim dos anos 1960, com o processo de maior articulação das repúblicas americanas no campo sanitário. A iniciativa foi impulsionada pelas nações do continente – com destaque para o papel desempenhado pelo Brasil – que decidiram enfrentar o problema da febre amarela conjuntamente.

Fred Soper foi um personagem-chave nesse processo de maior cooperação interamericana na área da saúde. Desde que foi nomeado para a chefia do Escritório Regional da Fundação Rockefeller, localizado no Rio de Janeiro, em 1927, ele procurou articular-se com os médicos e sanitaristas brasileiros que criticavam os métodos e as teorias que embasavam a implementação da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela no país. O principal alvo das críticas era a teoria dos focos-chave, segundo a qual bastava eliminar o mosquito *Aedes aegypti* das maiores cidades do continente para que a febre amarela desaparecesse das Américas. A teoria não admitia a possibilidade de a doença ser endêmica nas áreas rurais do país, como afirmavam os brasileiros.

Paralelamente às críticas que a campanha da Fundação Rockefeller enfrentava no Brasil, descobertas realizadas na África, em meados da década de 1920, tais como a de que o macaco rhesus também era um hospedeiro do vírus da febre amarela e que outros mosquitos além de *Aedes aegypti* podiam transportá-lo, começaram a minar as bases práticas e epidemiológicas que sustentavam a campanha. Com a eclosão da epidemia do Rio de Janeiro em 1928-1929, esse processo de questionamento das certezas existentes acerca da doença atingiu o seu ápice. Diante da nova realidade, a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela teve que ser reorganizada, tarefa que coube a Soper.

Ao longo da década de 1930, Soper procedeu a uma reestruturação completa da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller, em um momento de transição política muito importante na história do Brasil, que foi a passagem da Primeira República (1889-1930), caracterizada por um federalismo exacerbado e por uma

grande autonomia dos estados, para o governo Vargas (1930-1945), que deu início a um processo de centralização político-administrativa e de modernização do Estado brasileiro calcado, entre outros elementos, no combate em nível nacional às principais enfermidades que afligiam a população brasileira. Nesse cenário, Soper assumiu a direção do Serviço Cooperativo de Febre Amarela (SCFA), reorganizando as suas atividades com base em duas novas técnicas laboratoriais que emergiram naquele momento: a viscerotomia e o teste de proteção em camundongos. Tais inovações permitiram que se resolvesse um dos principais problemas que havia atrapalhado o desenvolvimento da Campanha nos anos 1920, qual seja, o correto diagnóstico da febre amarela, na medida em que, na ausência de evidências clínicas características, como o vômito preto, ela era frequentemente confundida com outras doenças, como a malária, por exemplo. Com base nessas duas ferramentas que surgiram no começo dos anos 1930, o SCFA, sob a direção de Soper, começou a realizar testes de imunidade em todo o continente, de modo a mapear a extensão da febre amarela nas Américas.

Por meio da coleta de sangue das pessoas, foram identificadas as localidades onde havia imunidade e, consequentemente, onde existia a doença. Paralelamente, a viscerotomia permitiu que se colocasse nas mãos de leigos a responsabilidade de coletar amostras de fígado de vítimas fatais de febre amarela. As amostras, recolhidas no continente inteiro, eram enviadas para o Laboratório de Febre Amarela do Rio de Janeiro e, posteriormente, também para o Laboratório de Bogotá, para que a *causa mortis* fosse confirmada. Esse processo possibilitou averiguar qual era, de fato, a extensão da doença na América do Sul. Mais do que isso, criou um entrelaçamento muito forte entre os países do continente, que passaram a cooperar entre si com uma intensidade cada vez maior em torno da questão da febre amarela.

Assim, no começo da década de 1930, a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller entrou em uma nova fase, que se estenderia até o início dos anos 1940 e se caracterizaria por atividades de mapeamento, investigações entomológicas para descobrir novos mosquitos que também pudessem transmitir a doença, assim como outras espécies de macacos que poderiam ser hospedeiros do vírus. Esse foi um período de reorganização da Campanha lançada em 1918, de montagem de uma nova estrutura, de experimentação de técnicas inovadoras, calcadas nas descobertas sobre a doença realizadas nos anos anteriores, enfim, de todo

um planejamento sanitário e geopolítico de enfrentamento da doença. Tais atividades, como procurei mostrar, atestam a continuidade da campanha na década de 1940, inclusive nos anos da Segunda Guerra Mundial, sob a liderança dos médicos e sanitaristas brasileiros do SNFA, já que a Fundação Rockefeller voltara suas atenções e recursos para o continente europeu e o norte da África, para onde Soper havia sido enviado em 1942.

Durante o mapeamento da extensão da doença realizado nos anos 1930, duas descobertas importantes foram feitas, alterando os rumos da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller. A primeira delas foi a identificação, em 1932, de uma modalidade silvestre da enfermidade no Vale do Canaã, no Espírito Santo, uma localidade onde casos de febre amarela foram diagnosticados, mas onde *Aedes aegypti* não havia sido encontrado. Pesquisas realizadas na região a partir de então apontaram que existia um reservatório natural do vírus da doença nos macacos que habitavam as florestas da América do Sul, o que inviabilizava sua erradicação. O foco das atividades de combate à febre amarela deslocou-se, então, para *Aedes aegypti*, vetor urbano da enfermidade. Em 1933-1934, a espécie foi erradicada pela primeira vez de algumas cidades brasileiras, demonstrando que tal objetivo, em uma escala maior, era factível. A Campanha se dividiu: nas cidades, não apenas as litorâneas, como era feito anteriormente, o objetivo passou a ser a erradicação do mosquito, uma forma de impedir a eclosão de epidemias urbanas; e nas áreas rurais a estratégia adotada foi a administração de uma vacina, desenvolvida naquele mesmo período, capaz de proteger a população dessas regiões da doença e impedir que ela fosse levada para as cidades através de fluxos migratórios. Vacinação e erradicação de *Aedes aegypti* passaram a constituir, então, o binômio sobre o qual se assentavam as esperanças de que a febre amarela fosse erradicada do continente.

Nesse cenário, começaram a surgir as primeiras propostas visando à erradicação de *Aedes aegypti* das Américas. A primeira delas foi feita pela delegação boliviana durante a XI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1942, no Rio de Janeiro. Na ocasião, no entanto, foi aprovada apenas uma recomendação para que os demais países do continente implementassem medidas destinadas a erradicar o vetor da febre amarela inspiradas no trabalho que já vinha sendo realizado em países como o Brasil, o Peru e a Bolívia. Apesar da comprovação de que *Aedes aegypti* podia ser eliminado e da bem-sucedida campanha de erradicação de *Anopheles gambiae* do Nordeste brasileiro, no fim da década de 1930, a ideia de que doenças

como a febre amarela e a malária podiam ser eliminadas através da extinção dos seus vetores ainda não estava consolidada para os médicos e sanitaristas do continente. Tal realidade, no entanto, rapidamente se alteraria.

Nos anos da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), Soper liderou importantes campanhas contra o tifo e a malária em países como o Egito, a Argélia e a Itália. As atividades de combate à malária, inclusive, foram orientadas pela ideia de erradicação do mosquito transmissor da doença em cada região, com base no modelo que havia sido implementado no Nordeste brasileiro alguns anos antes. O sucesso de tais campanhas reabilitou o conceito de erradicação, que orientaria importantes programas internacionais de saúde no pós-guerra, com destaque para a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, o primeiro deles.

O processo de reconstrução da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela da Fundação Rockefeller no pós-Segunda Guerra Mundial, sob a nova denominação de Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, foi liderado por uma rede transnacional de médicos e sanitaristas latino-americanos, composta por muitos brasileiros, o que conferiu ao Brasil um peso importante. Não pode ser considerada uma simples coincidência o fato de Heitor Praguer Fróes, então diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS), ter proposto a Campanha Continental em 1947, poucos meses após a eleição de Soper para a direção da OSP, depois de mais de vinte anos de trabalho e residência na América do Sul; de Geraldo Horácio de Paula Souza ter sido o responsável por apresentar a proposta de criação do que viria a ser a OMS; e de Marcolino Candau ter sido eleito o segundo diretor-geral da OMS. Esses médicos e sanitaristas conformavam uma rede transnacional, formada nos anos 1920 e 1930, no contexto das atividades desenvolvidas pela Fundação Rockefeller nas Américas.

Com a reconfiguração do campo da saúde internacional no pós-Segunda Guerra Mundial, os principais personagens dessa rede assumiram postos-chaves nas organizações internacionais que estavam sendo criadas, bem como em órgãos da estrutura nacional de saúde de seus respectivos países. A filosofia de erradicação em geral, e dos vetores em particular, tornou-se, então, a pedra angular das campanhas sanitárias desenvolvidas nesse contexto. A primeira delas foi a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. Com ela, a rede transnacional de médicos e sanitaristas que havia atuado sob a direção de Soper nos anos 1930 procurava dar continuidade à Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela

da Fundação Rockefeller, em um esforço continental sem precedentes na história da saúde internacional nas Américas.

A atuação dessa rede de atores transnacionais conseguiu imprimir um rumo próprio às discussões travadas no campo sanitário nas Américas naquela época, destoando, assim, do que era o programa da saúde internacional no pós-Segunda Guerra Mundial. Uma evidência disso é a postura dos Estados Unidos de não implementar imediatamente um programa nacional de erradicação de *Aedes aegypti*, nos marcos da Campanha Continental da OSP. Outra evidência foi o fato de os sanitaristas latino-americanos terem vencido a disputa com a direção da OMS e conseguido garantir a continuidade da existência da OSP e a sua autonomia.

O Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dos Estados Unidos só teve início em 1964. Apenas cinco anos depois, contudo, em 1969, o governo norte-americano decidiu encerrá-lo, o que contribuiu para o abandono da Campanha Continental sem que a meta de erradicação do vetor da febre amarela das Américas fosse alcançada. Pior do que isso, muitos países que já haviam conseguido eliminar o inseto, sofreram uma reinfestação de seus territórios, inclusive o Brasil. Assim, após mais de vinte anos de Campanha, a febre amarela permanecia como um flagelo para o continente, ao qual, a partir dos anos 1970, se somaria a dengue, uma outra enfermidade também transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Não deixa de ser interessante que os Estados Unidos tenham contribuído decisivamente para que a meta de erradicar o mosquito *Aedes aegypti* das Américas, acordada pelas repúblicas americanas em 1947, não fosse alcançada. A febre amarela era uma doença que preocupava o governo norte-americano desde o século XIX. Diante da ameaça que a enfermidade representava para o país, em 1889 foi convocada uma conferência sobre quarentena, que se realizou na cidade de Montgomery, capital do estado do Alabama, entre 5 e 7 de março. Nessa ocasião, foi aprovada uma resolução afirmando que todas as nações tinham a obrigação de adotar medidas para erradicar de seu território qualquer foco da doença, na medida em que constituíam uma ameaça para os demais países. O documento solicitava também, "ao nosso Departamento de Estado que, pela devida via diplomática, transmita esta opinião aos governos considerados contrários à opinião expressa".[504]

Alguns anos depois, o cirurgião-geral do Serviço de Hospitais da Marinha dos Estados Unidos se referiu especificamente à febre amarela em seu informe anual, afirmando que "a imunidade a esta terrível pestilência

só será alcançada mediante uma ação sanitária inteligente em nossos portos do sul (...), e também exigindo a nossos vizinhos que seus portos sejam tão pouco perigosos para a população dos Estados Unidos como o são os desta nação para eles" (U.S. Navy Hospitals Services, 1896: 428).

De forma mais moderada, mas igualmente enfática, em 1901 Walter Reed e James Carroll sugeriram que se persuadisse as autoridades sanitárias do México e das repúblicas das Américas Central e do Sul para "que se somem a nós na adoção de métodos melhores para a eliminação desta epidemia tão prevalecente" (Reed & Carroll, 1901: 129).

No Segundo Congresso Científico Pan-Americano, realizado em Washington D.C., entre 27 de dezembro de 1915 e 8 de janeiro de 1916, William C. Gorgas, então cirurgião-geral do exército dos Estados Unidos e delegado do país no Congresso, apresentou um trabalho sobre a febre amarela e, na qualidade de chefe da Seção de Saúde Pública e Ciência Médica, designou um comitê para preparar uma resolução a respeito (Swiggett, 1917). O artigo 40 da ata final do Congresso trazia um apelo às repúblicas americanas onde existia a febre amarela ou se suspeitasse de sua existência para que promulgassem "a legislação para a sua erradicação que melhor permita alcançar este resultado". O mesmo valia para as colônias europeias nas Américas, que também seriam convidadas a tomarem medidas para eliminar a doença (Scott, 1916).

Como podemos ver, há muito a febre amarela era considerada uma ameaça pelos Estados Unidos. O país, no entanto, não cumpriu com a sua parte no pacto continental para a erradicação da doença das Américas, firmado pelas repúblicas americanas no pós-Segunda Guerra Mundial. Essa aparente contradição revela a complexidade da questão da hegemonia de um suposto *modelo sanitário norte-americano*, sobretudo no que concerne às pesquisas e atividades relacionadas à febre amarela. A filantropia internacional da Fundação Rockefeller, por exemplo, estaria a serviço de tal modelo, constituindo-se em uma cortina de fumaça que esconderia os reais objetivos da organização e dos Estados Unidos, quais sejam, desenvolver atividades sanitárias capazes de garantir os lucros das empresas agropecuárias norte-americanas e afirmar a supremacia política e ideológica do país no cenário imperialista. Essa visão, em geral reducionista, recorre a argumentos de matriz econômica para explicar as práticas e objetivos da Fundação Rockefeller, tratando as suas relações com as instituições latino-americanas, e entre os seus especialistas e os médicos e sanitaristas da região, como uma via de mão única.

*Grosso modo*, de fato existe um consenso acadêmico sobre o modelo de saúde internacional desenvolvido pela Fundação Rockefeller. Trata-se de uma organização não governamental operando simultaneamente e de maneira uniforme em múltiplos territórios em busca da afirmação de uma medicina curativa e preventiva e da edificação de instituições sanitárias no interior dos aparatos estatais de saúde. Sua agenda era determinada por seus dirigentes e imposta de cima para baixo aos países anfitriões. Nesse sentido, os programas sanitários da organização eram *verticais*, na medida em que tinham como alvo doenças específicas, não se preocupando com o contexto político e socioeconômico que concorriam para o seu aparecimento. A Fundação Rockefeller também fomentou um consenso transnacional ao treinar profissionais da saúde de países centrais e periféricos em programas sanitários homogêneos e orientados pela bacteriologia.[505]

Nesta obra, eu me dediquei a problematizar a ideia da existência *a priori* de um *modelo de saúde pública norte-americano*, elaborado e disseminado pela Fundação Rockefeller, que teria pautado o campo sanitário e as instituições médicas na América Latina. Não discordo de que determinados métodos e princípios operacionais se tornaram dominantes não apenas nos programas sanitários da Fundação Rockefeller, como também naqueles implementados por outras organizações internacionais dedicadas à saúde pública, como a OSP e a OMS. O que questiono é o papel central da Fundação Rockefeller na formulação e consolidação de tais características. Como procurei destacar, no momento do lançamento da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela – primeiro programa internacional voltado para a eliminação total de uma enfermidade e que serviria de base para as campanhas de erradicação lançadas no pós-Segunda Guerra Mundial – padrões, métodos, princípios operacionais e formas de relacionamento com os países onde as atividades seriam implementadas não estavam dados e, muito menos, consolidados. Pelo contrário, ao longo deste livro tive a oportunidade de analisar descobertas, inovações, novos métodos e técnicas, ideias, crises, inflexões e correções de rumo que pautaram os cerca de cinquenta anos de desenvolvimento da Campanha contra a Febre Amarela nas Américas.

Quando a Fundação Rockefeller lançou a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, em 1918, e passou a desenvolver as suas atividades nas Américas, cada uma das repúblicas americanas já apresentava a sua própria história de epidemias e sofrimentos causados pela doença, que havia motivado pesquisas sobre as causas e formas de tratamento. Os médicos e sanitaristas latino-americanos que foram recrutados

localmente para trabalhar com a Divisão de Saúde Internacional (DSI), por sua vez, tinham, em sua maioria, toda uma trajetória de estudos e participação em campanhas nacionais contra a doença, que antecedia a chegada dos especialistas da organização filantrópica norte-americana. Desse modo, longe de terem sido simplesmente influenciados pela visão de mundo biomédica homogênea dos seus supervisores da Fundação Rockefeller, eles atuaram com o intuito de fazer com que os especialistas norte-americanos se adequassem aos modelos e práticas de saúde pública existentes em seus respectivos países e procurassem se articular com as tradições médico-sanitárias locais como forma de atingirem os objetivos dos programas.

Isso ocorreu, em grande medida, porque o modelo através do qual a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela deveria se desenvolver não estava estabelecido *a priori*, existindo um espaço importante para a negociação e adaptação aos diferentes contextos locais. Como vimos, paralelamente ao desenvolvimento da Campanha nas décadas de 1920 e 1930, pesquisas realizadas na África e nas Américas, em sua maioria por pesquisadores da própria Fundação Rockefeller, puseram em xeque os principais pressupostos práticos e epidemiológicos que a embasavam. Mais do que isso, longe de ter sido desenhada de maneira vertical, a Campanha foi organizada de forma a catalisar praticamente toda e qualquer demanda no terreno da saúde pública dos países latino-americanos. Tais demandas podiam ser motivadas pela possibilidade de utilizar os recursos da Fundação Rockefeller para a construção de instituições médicas e sanitárias ou, como no caso do Brasil, para impulsionar o desenvolvimento de políticas de saúde pública de caráter nacional.

O Brasil foi o país em que as negociações e adaptações ocorreram de maneira mais clara. Quando os especialistas norte-americanos chegaram ao país, na década de 1910, acreditando que tinham encontrado um método científico e eficiente capaz de erradicar a febre amarela das Américas, o Brasil já se caracterizava por toda uma tradição de pesquisa e atividades de combate à doença, que remontava ao século XIX, a um período anterior à introdução da microbiologia no país e à própria institucionalização da medicina tropical como especialidade médica (Benchimol, 1999). Tanto que o país foi o último a receber a Campanha, o que só aconteceu quando o combate à febre amarela já estava bem encaminhado no restante da América do Sul. O diálogo estabelecido com as autoridades brasileiras foi pautado, mais do que em qualquer outro país do continente, pela ideia de cooperação. A febre amarela era a base de todo o prestígio da saúde

pública brasileira, do mito de Oswaldo Cruz. Desse modo, as atividades da Fundação Rockefeller no Brasil foram marcadas por constantes atritos com médicos e sanitaristas brasileiros que, de posse de uma tradição já bem consolidada de combate à enfermidade, não aceitaram passivamente que os especialistas norte-americanos aportassem no país com novas técnicas e medidas profiláticas, como se nada tivesse sido feito antes nessa área pela ciência nacional.

O fato de não existir um modelo sanitário norte-americano pronto e acabado no momento em que a Fundação Rockefeller começou a atuar nas Américas não quer dizer, no entanto, que a hegemonia no campo da saúde pública no continente não tenha sido perseguida pela organização. Desde os anos 1920, os norte-americanos tentaram desbancar as até então bem arraigadas tradições médico-científicas francesa e alemã (Sá *et al.*, 2009). Data da mesma época e está relacionada com esse esforço a criação da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins,[506] em Baltimore, no estado de Maryland, em 1917, cuja primeira turma se formou em 1918. A instituição formaria a maior parte do corpo de especialistas da Fundação Rockefeller – conhecidos como *the Rockefeller boys* – que passou a atuar nas Américas a partir de então. Esses jovens médicos eram imbuídos de um sentimento missionário que, por vezes, se misturava ao gosto pela aventura e o exótico.[507] A leitura de suas cartas e dos diários que eram obrigados a manter, no qual registravam todas as suas atividades, revela que, no geral, eles mantinham relações de trabalho amistosas com os representantes dos governos latino-americanos e com os médicos locais contratados pela Fundação Rockefeller que, a partir dos anos 1920, também passaram a receber bolsas para estudarem na Johns Hopkins.[508]

Instituições semelhantes à Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins foram criadas nas universidades de Harvard, Roma, Londres e Toronto. Em países como Turquia, Iugoslávia, Polônia e Brasil foram instituídos centros de menor porte, denominados Institutos de Higiene. Com a criação dessas escolas e institutos em várias partes do mundo e a designação de seus próprios quadros para coordená-los, a Fundação Rockefeller punha em curso uma estratégia de adequar o ensino da medicina aos novos pressupostos da bacteriologia, contrapondo-se às tradições francesa e alemã, que até então pautavam o ensino na área e que os norte-americanos consideravam ultrapassadas, dada a pouca importância que conferiam à especialização no processo de formação de médicos e sanitaristas.

O próprio domínio que o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos exercia sobre a OSP até o término da Segunda Guerra Mundial, com o cargo de diretor da Organização sendo ocupado sempre, durante esse período, pelo cirurgião-geral do exército norte-americano, denota uma tentativa por parte do país de tornar-se hegemônico no campo sanitário continental. Os países latino-americanos, contudo, iniciaram, já nos anos 1930, uma articulação em torno da questão da febre amarela, que evoluiria nas décadas seguintes para acordos bilaterais de combate à doença e culminaria, em 1947, no relançamento da campanha da Fundação Rockefeller, sob a nova denominação de Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*. Desse modo, os médicos e sanitaristas norte-americanos não conseguiram a hegemonia no campo da saúde pública nas Américas. Pelo contrário, a partir de meados da década de 1920, eles começaram a rever as suas teorias e métodos de combate às enfermidades, principalmente a febre amarela, aproximando-se de seus pares latino-americanos. A Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela no período entreguerras e a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* no pós-Segunda Guerra Mundial, tomadas em conjunto, como um único objeto de estudo, permitiram-me analisar o fenômeno sob um prisma privilegiado.

Desse modo, acredito que a ideia de que o campo da saúde pública nas Américas foi influenciado de forma decisiva pelos Estados Unidos precisa ser problematizada. Tal ideia se relaciona com a questão do imperialismo, que povoa o imaginário da região em suas diferentes vertentes (político, econômico, científico, cultural). A conhecida frase do presidente mexicano Porfírio Diaz (1884-1911) – "Pobre México, tão longe de Deus e tão perto dos Estados Unidos" – expressa a maneira pela qual os países da região veem a sua relação com os norte-americanos. Essa imagem também é frequentemente encontrada na obra de alguns dos maiores escritores latino-americanos, tais como José Martí (1975, 2007), Gabriel García Márquez (2009), Carlos Fuentes (1994) e Pablo Neruda (2002), para citarmos apenas alguns. A "presença dos Estados Unidos" na América Latina, para usarmos a expressão de Moniz Bandeira (2007), contudo, é complexa e multifacetada, ainda pairando sobre ela uma intensa sombra.[509]

No caso do Brasil, uma das características mais marcantes encontrada na literatura que analisa a política externa brasileira no pós-Segunda Guerra Mundial é uma explicação das relações internacionais do país, até mesmo com os seus vizinhos latino-americanos, por um viés triangular: Estados Unidos/América Latina/Brasil.[510] As relações internacionais do país

são interpretadas, com frequência, como um movimento pendular entre períodos de aproximação e alinhamento aos Estados Unidos e outros de afastamento, caracterizados pela busca de uma maior autonomia.[511]

A ênfase dada pelos pesquisadores ao papel desempenhado pelos Estados Unidos nas relações interamericanas nos ajuda a entender o reduzido número de estudos existentes sobre as relações entre os países latino-americanos. Acredito que tais relações podem ser recuperadas em áreas menos propensas a conflitos, tais como a educação, a ciência, a tecnologia e, principalmente, a saúde. O diálogo entre as nações da região na área da saúde remonta às primeiras décadas do século XX e não foi pautado pelos Estados Unidos. No pós-Segunda Guerra Mundial, os países latino-americanos continuaram conversando entre si sobre questões sanitárias que não figuravam dentre as prioridades norte-americanas no contexto da Guerra Fria, tais como a erradicação de *Aedes aegypti* das Américas. O campo da saúde internacional é riquíssimo para descortinar as articulações entre os países da América Latina que foram deixadas em segundo plano em razão da ênfase sobre a centralidade dos Estados Unidos na política externa da região. As relações interamericanas podem ser recuperadas através da análise de programas e projetos na área da saúde desenvolvidos conjuntamente por eles, como a campanha contra a febre amarela nas Américas, implementada entre 1918 e 1968. A recuperação dessas relações é uma agenda de pesquisa importante que vem constituindo-se recentemente e para qual eu pretendo contribuir com este volume.

As campanhas de erradicação implementadas no século XX foram pensadas como intervenções técnicas, verticais, realizadas em um período de tempo preestabelecido, conduzidas por especialistas e direcionadas para a eliminação de doenças no mundo inteiro, uma após a outra, sem se envolver com os determinantes sociais e econômicos da relação saúde-doença. O modelo básico que orientou todas elas foi o que Stepan (2011) designou de "universalismo etiológico": onde quer que a doença em questão fosse encontrada, presumia-se que ela tinha a mesma causa e que poderia ser eliminada pelos mesmos métodos, a despeito das diferentes situações econômicas e geográficas das populações abarcadas por tais campanhas. Foi dessa forma, inclusive, que, segundo a autora, a ideia de erradicação teria se internacionalizado.

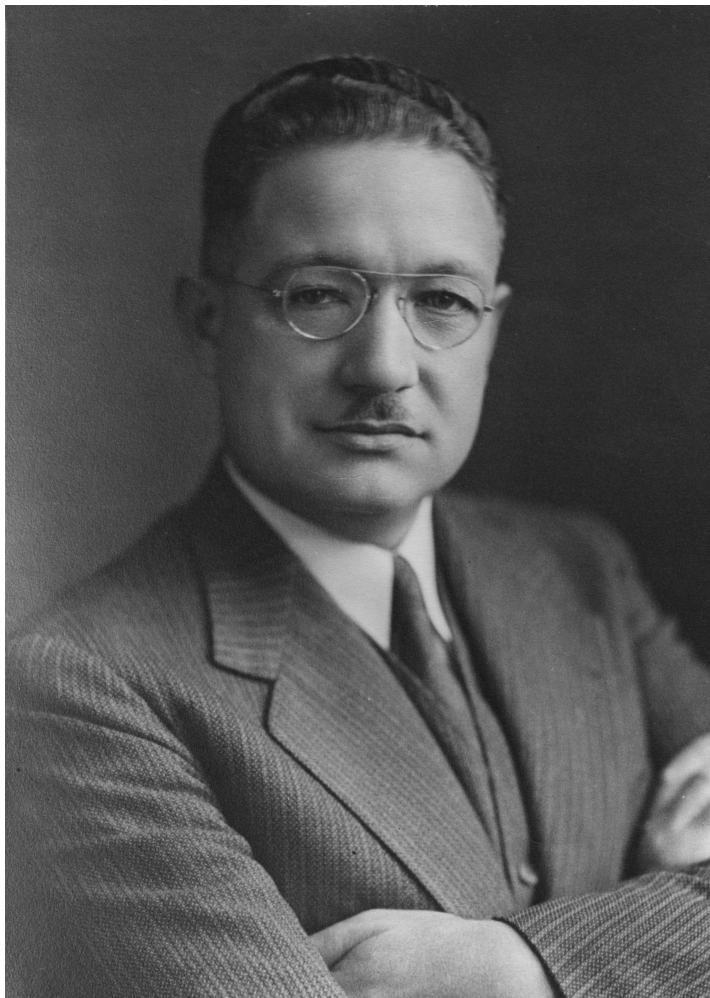
A partir dos anos 1960, contudo, com a disseminação da ideologia do desenvolvimento e a intensificação da Guerra Fria, o modelo de campanhas verticais de combate às doenças declinou, dando lugar a campanhas

horizontais, que pressupunham o estabelecimento de uma infraestrutura sanitária paralelamente às atividades de erradicação. Assim, no fim dos anos 1960, as limitações e os maus resultados dos esforços empreendidos até então para melhorar as condições de saúde das populações dos países em desenvolvimento deram origem a um novo modelo de intervenção sanitária. O fracasso do Programa de Erradicação da Malária da OMS foi o fator que mais contribuiu para tal reformulação. Depois dele, as lideranças e organizações do campo da saúde internacional se mostraram temerosas de embarcar em novas campanhas de alcance global. Na década de 1970, então, a comunidade médico-sanitária ansiava por novos modelos para a saúde internacional. Foi nesse contexto que nasceram tanto a ideia de Atenção Primária à Saúde, quanto a noção de "saúde para todos no ano 2000" (Cueto, 2004). A necessidade de uma redistribuição de recursos de assistência básicos, assim como o reconhecimento de uma gama mais ampla de fatores que influenciam as condições de saúde nos países em desenvolvimento, ganharam terreno, provocando uma ruptura em relação às iniciativas anteriores.

O novo enfoque da saúde internacional a partir dos anos 1970 emergiu em um contexto de redefinição do desenvolvimento. Desde o fim da década de 1960, o modelo de desenvolvimento então em curso sofria críticas em escala mundial, oriundas tanto dos países centrais quanto dos periféricos. Agências voltadas para o desenvolvimento, sobretudo nos Estados Unidos, começaram a questionar as estratégias baseadas em uma rápida industrialização e em investimentos em projetos agrícolas de larga escala. Em seu lugar, foi dada uma ênfase cada vez maior às necessidades básicas das populações e a projetos de menor escala.

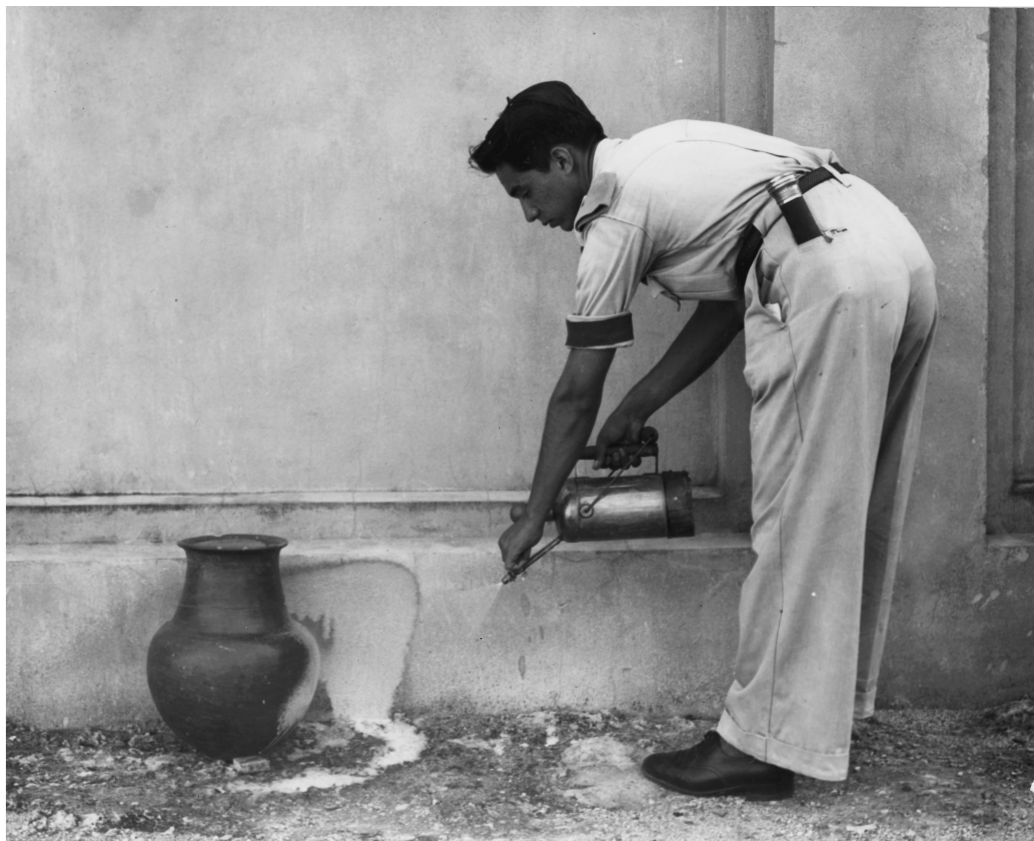
Como mostrei neste livro, a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* figura entre os grandes programas de erradicação já implementados, tendo desempenhado um papel decisivo na definição da agenda da saúde internacional no século XX. Além de ter conseguido evitar a eclosão de epidemias urbanas de febre amarela nas Américas no pós-Segunda Guerra Mundial, ela foi a grande responsável por estreitar as relações entre as repúblicas americanas e por consolidar um processo de cooperação interamericana na área da saúde que perdura até os dias de hoje.

# Imagens

1 – Dr. Fred L. Soper, chefe do Escritório Regional da Fundação Rockefeller, com sede no Rio de Janeiro, e diretor do SCFA (foto de 1928)

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

2 – Vacinação contra a febre amarela em Belém, Pará, Brasil, anos 1930

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

3 – Pulverização perifocal para combater criadouros de mosquitos em Assunção, Paraguai

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

4 – Cemitério de emergência para as vítimas da malária no Ceará, Brasil, em 1934

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

5 – Dr. Fred L. Soper e dr. Alexander Burke atravessando uma ponte para inspecionar o local de uma infecção por febre amarela perto de Coronel Ponce, Mato Grosso, Brasil, em 18 de junho de 1934

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

6 – Funcionários do SCFA e da Fundação Rockefeller após um almoço no Rio de Janeiro. Sentados, da esquerda para a direita: participante desconhecido, Álvaro de Mello, Mario Pinotti, Allen M. Walcott (Fundação Rockeffeler), João de Barros Barreto, Fred L. Soper (Fundação Rockefeller), Sérvulo Lima, Bruce Wilson (Fundação Rockefeller), Waldemar de Sá Antunes e Abel Tavares de Lacerda.

Em pé, da esquerda para a direita, em primeiro plano: Milton Pessoa de Melo, Renan dos Reis, Sebastião Pereira Brasil, João Luiz Detzi, George Bevier (Fundação Rockefeller), João Silveira, Damasceno Costa, Raymond Shannon (entomologista Fundação Rockefeller), Paulo Rouanet, Eduardo Leal Ferreira, Loring Whitman (Fundação Rockefeller), Octavio Pinto Severo, Ademar Paoliello, Mario Franca, Rubens Marques, Luiz Lessa, Hugh Smith (Fundação Rockefeller) e Oswaldo José de Silva.

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

7 – Dr. Fred L. Soper caminhando com o presidente Getúlio Vargas, em 16 de outubro de 1940

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

8 – Assinatura do Acordo entre a OMS e a OSP pelo dr. Brock Chisholm, diretor-geral da OMS, e Fred L. Soper, diretor da OSP, em 24 de maio de 1949

*Signing of the agreement between the World Health Organization and the Pan American Sanitary Organization by Dr. Brock Chisholm, Director-General, World Health Organization, and Dr. Fred L. Soper, Director, Pan American Sanitary Bureau, on May 24, 1949 (United Nations Photo)*

*El Dr. Brock Chisholm, Director General de la Organización Mundial de la Salud, y el Dr. Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el acto de firmar el acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, el 24 de mayo de 1949. (Fotografía de las Naciones Unidas)*

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

9 – Fred L. Soper em uma de suas muitas viagens como diretor da OSP

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

10 – Dr. Wilbur A. Sawyer no Laboratório Central de Febre Amarela da DSI da Fundação Rockefeller, em Nova York, em maio de 1934

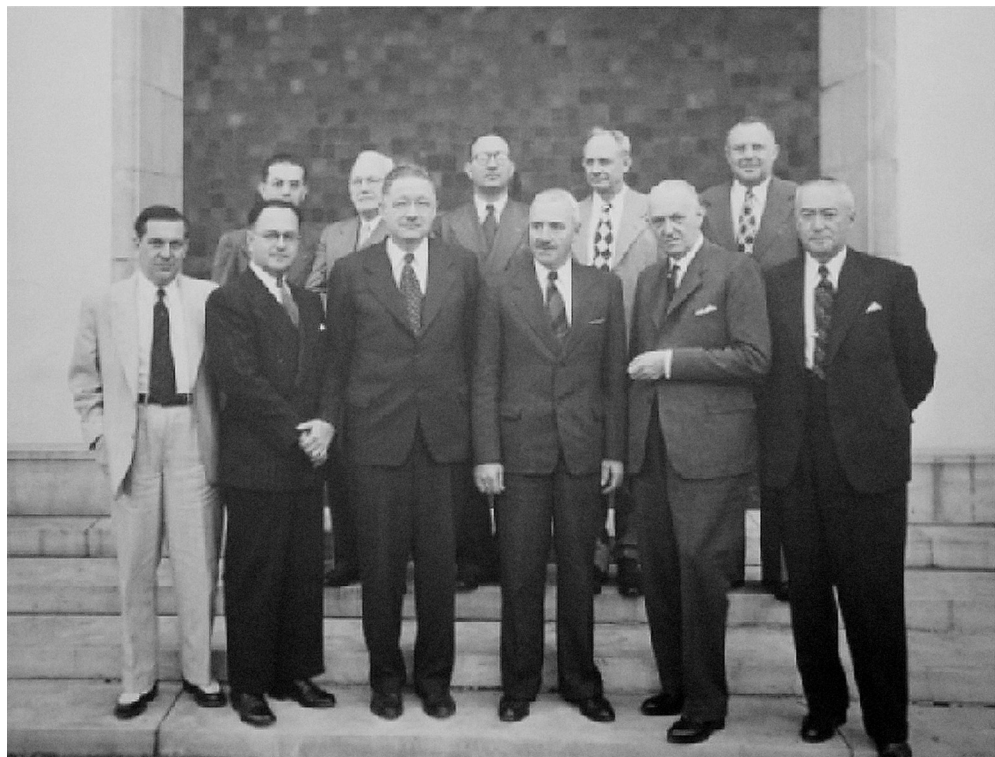
Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Wilbur A. Sawyer Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/LW/).

11 – Escritório Central do SCFA, no Rio de Janeiro, em junho de 1934

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Wilbur A. Sawyer Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/LW/).

12 – Esquadrão de captura de mosquitos na localidade de São Gonçalo, Pernambuco, Brasil, em junho de 1934

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Wilbur A. Sawyer Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/LW/).

13 – Reunião do Comitê Executivo da Opas, em abril/maio de 1947. À frente, da esq. para a dir.: Heitor P. Fróes, Miguel Bustamante, Fred L. Soper, Thomas Parran, Alberto Zwanck e N. Moreno

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/VV/).

14 – Projeto de uma Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*

OSP/CD/BA/11.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO

BUENOS AIRES, 24 DE SETIEMBRE DE 1947

Proyecto de una campaña continental para la erradicación del

A. aegypti

Por el Dr. HEITOR FROES, Delegado del Brasil.

"La fiebre amarilla es un problema continental que

exige acción internacional" (FRED SOPER)

Fonte: Fróes (1947). (Disponível em: http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/47678.pdf).

15 – Guia para a preparação dos informes sobre a Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*

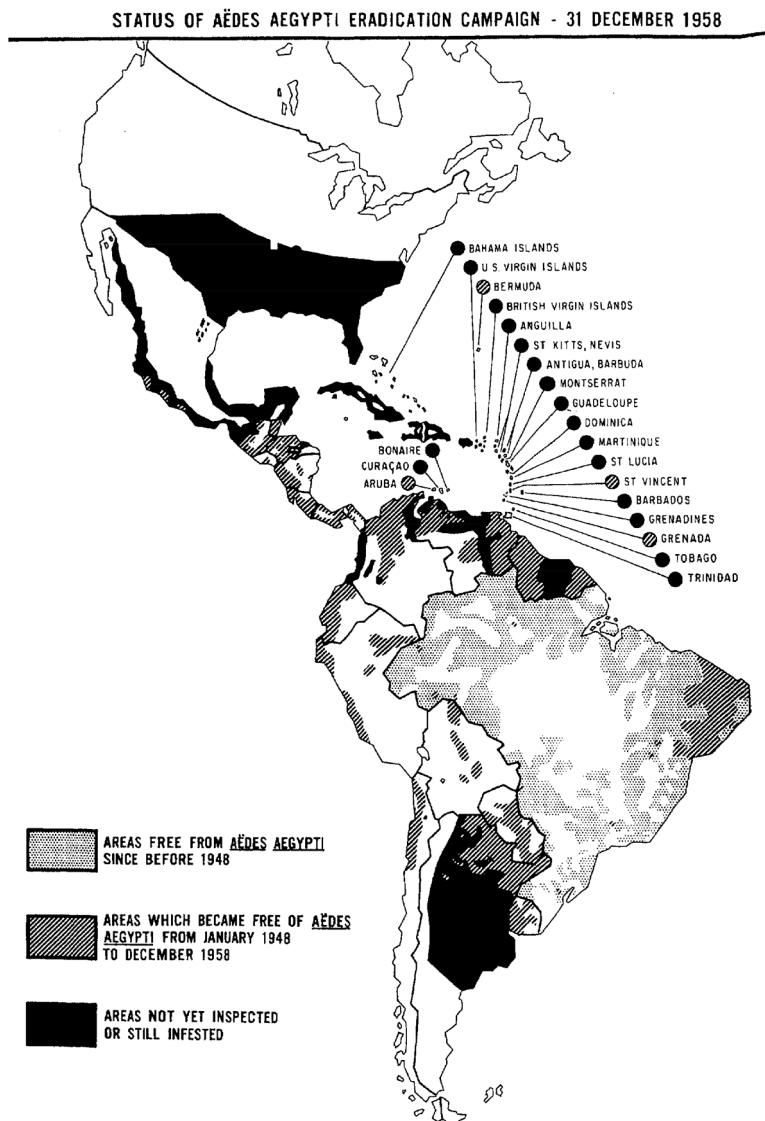
PUBLICACIONES VARIAS
NO. 7

GUIA PARA LA PREPARACION DE LOS INFORMES SOBRE LA CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL *AEDES AEGYPTI* EN LAS AMERICAS

ENERO, 1954

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
WASHINGTON 6, D. C.
E. U. A.

Fonte: OSP (1954). (Disponível em: http://hist.library.paho.org/English/MPUB/MPUB07.pdf).

16 – Situação da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti* no ano de 1958, quando o Brasil e outros dez países e territórios das Américas foram declarados livres do vetor da febre amarela

Fonte: National Library of Medicine (NLM). Coleção The Fred L. Soper Papers da NLM (Disponível em: https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/VVBBKG.pdf).

# Notas

1 Criada em 1902 com o nome de Repartição Sanitária Internacional (RSI), em 1923 o organismo de saúde das Américas passou a se chamar Repartição Sanitária Pan-Americana (RSP). Na XII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Caracas, em 1947, seu nome foi modificado para Organização Sanitária Pan-Americana (OSP), sua sigla anterior – RSP – passou a designar o seu secretariado ou agência operacional. O nome Organização Pan-Americana da Saúde foi adotado na XV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em San Juan, Porto Rico, em 1958, permanecendo até os dias atuais. Dadas as mudanças, optei por utilizar sempre a denominação que vigorava no período considerado. Disponível em: <www.unesco.org/archives/sio/Eng/presentation.php?idOrg=1028>. Acesso em: 12 fev. 2015.

2 Sobre a vida e a carreira de Fred Soper, ver Soper e Duffy (1977, 1979), Waserman (1975), Cueto (2007a) e Stepan (2011).

3 Soper carece de uma moderna biografia que avalie o seu papel e o impacto de suas ideias no campo da saúde pública no século XX. A sua autobiografia (Soper & Duffy, 1977, 1979) é uma fonte de pesquisa importante, embora seja, surpreendentemente, impessoal. Também existe uma coletânea dos seus principais artigos (Soper & Kerr, 1970). Soper deixou ainda um grande arquivo com os seus diários, cartas, fotografias, documentos oficiais, recortes de jornais, anotações de pesquisa, artigos publicados e inéditos, certificados e diplomas. Esse material está organizado em 74 caixas e 114 volumes que compõem o Fundo *The Fred L. Soper Papers 1919-1975*, depositado na United States National Library of Medicine (NLM), localizada em Bethesda, no estado de Maryland. Para a produção do volume, recorri em grande medida a essas fontes, que tive a oportunidade de pesquisar no período de 11 meses em que permaneci nos Estados Unidos, entre julho de 2011 e junho de 2012, graças a uma bolsa de doutorado sanduíche na Universidade de Maryland (College Park), concedida pelo convênio Capes-Comissão Fulbright. A NLM disponibiliza

*on-line* uma seleção destes documentos. Disponível em: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Collection/CID/VV>. Acesso em: 12 fev. 2015.

[4] Os "postulados de Koch" são os seguintes: identificação do patógeno em todos os casos de doença, isolamento do patógeno do hospedeiro e o seu cultivo em cultura pura, reprodução da doença original quando o patógeno cultivado for inoculado em um hospedeiro suscetível e identificação do patógeno no hospedeiro infectado experimentalmente (Cunningham, 1992; Porter, 1999).

[5] Sobre a vida e a carreira de Louis Pasteur, ver Geison (2002).

[6] Para uma crítica à ideia da revolução bacteriológica como um conjunto cristalizado de ideias que se sobrepõe por si mesmo, representando um corte abrupto em relação à tradição miasmática anterior, ver Cunningham (1992) e Worboys (2000). Esses autores privilegiam em suas análises as controvérsias e negociações que permearam todo o processo de emergência e consolidação da bacteriologia e os muitos elementos de continuidade com a tradição miasmática anterior, a qual ela pretendeu substituir. Apesar de reconhecerem as transformações ocasionadas no saber médico pelo advento da teoria dos germes, eles questionam a ideia de uma revolução bacteriológica no fim do século XIX, procurando matizar a noção de uma trajetória linear e irreversível em direção à excelência do laboratório como *lócus* de estabelecimento de verdades científicas.

[7] O campo da medicina tropical também vem sendo problematizado, com alguns autores questionando as demarcações tradicionalmente aceitas, que estabelecem a década de 1880 como o momento no qual os estudos sobre as doenças tropicais começaram a se desenvolver em bases *verdadeiramente* científicas. O responsável pela criação do novo campo de estudos teria sido Patrick Manson – médico do Colonial Office – que, em outubro de 1897, ministrou uma conferência aos estudantes do Saint George Hospital, defendendo que as doenças típicas dos trópicos demandavam saberes particulares para o seu diagnóstico, profilaxia e tratamento (Manson, 1897). No ano seguinte, ele publicou a primeira edição do seu livro *Tropical Diseases* (Manson, 1903), levando o secretário de Estado para as Colônias, Joseph Chamberlain, a requerer que as escolas médicas britânicas instituíssem cursos e treinamentos em medicina tropical para os médicos que fossem atuar nas áreas coloniais. Em 1899, então, foram criadas as primeiras escolas especializadas em medicina tropical em Liverpool e em Londres, ao que se seguiu a criação de instituições semelhantes em outros países (Farley, 1991; Worboys, 1996). Em alguns estudos, no entanto, têm-se procurado destacar a grande produção de conhecimentos médicos sobre os trópicos antes mesmo da institucionalização da medicina tropical mansoniana (Arnold, 1996a, 1996b; Stepan, 2001). Para uma análise sobre as rivalidades entre as escolas de Londres e Liverpool, dirigidas por Manson e Ross, respectivamente, ver Worboys (1988). Para um estudo sobre as diferenças entre as escolas de medicina tropical da Inglaterra e dos Estados Unidos, relacionando-as com os distintos projetos imperialistas de cada um desses países, ver Farley (1991).

[8] Sobre a descoberta de Manson, ver Benchimol e Sá (2005).

[9] Sobre a vida de Carlos Finlay e as suas pesquisas sobre a febre amarela, ver Leonard (1990). Também em 1880, o médico militar francês Charles Louis Alphonse Laveran identificou o hematozoário causador da malária através de experiências realizadas na Argélia. A ideia inovadora de que não apenas organismos simples como bacilos e bactérias causavam doenças humanas, mas também seres mais complexos, como os protozoários, contudo, enfrentou resistências. Somente quando Eugène Richard, Ettore Marchiafava e

Camilo Golgi estabeleceram o vínculo entre o ciclo de vida do parasito responsável pela malária e as manifestações clínicas da doença, no fim da década, que a descoberta de Laveran foi aceita plenamente (Benchimol & Sá, 2005).

[10] Sobre as origens da teoria do mosquito transmissor, ver Stepan (1978) e Delaporte (1992). Para uma relação entre os interesses políticos e militares dos Estados Unidos na América Latina, de um lado, e a descoberta do modo de transmissão da febre amarela por *Aedes aegypti* e o desenvolvimento de métodos de eliminação da doença através do combate a esse vetor, de outro, ver Warren (1951).

[11] Em 1898, Ronald Ross (funcionário do Indian Medical Service) desvendou o ciclo do parasito da malária das aves nos mosquitos do gênero *Culex*. Seguindo a trilha da hipótese formulada por Manson, em 1894, segundo a qual, como no caso da filariose, um mosquito ou outro inseto hematófago extraía o parasito da malária do sangue humano e, ao morrer, transferia-o para a água, infectando os indivíduos que a ingerissem, Ross verificou a existência do parasito nas glândulas salivares do inseto, concluindo que ele podia transportá-lo de volta ao organismo humano, infectando a pessoa saudável. Desse modo, se a noção de "hospedeiro intermediário" havia sido criada por Manson em seus estudos sobre a filariose, coube a Ross estabelecer o conceito de "vetor". Um ano após sua descoberta, o italiano Giovanni Grassi e os seus colaboradores Amico Bigman e Giuseppe Bastinelli demonstraram que o mosquito *Anopheles* era o responsável pela transmissão da malária humana (Benchimol, 1999; Benchimol & Sá, 2005, 2006).

[12] As expressões "brigadas sanitárias" e "brigadas contra os mosquitos" foram utilizadas pela primeira vez por Ross para designar as campanhas verticais de feitio militar que visavam à eliminação dos insetos. De acordo com esse modelo, os mosquitos deveriam ser atacados em sua forma aquática, mediante a aplicação de substâncias capazes de extinguir as larvas – como o petróleo e o verde-paris (composto desenvolvido na década de 1920 com base no arsênico) – e pela drenagem de pântanos e terrenos alagadiços nos quais eles também podiam reproduzir-se. Em sua campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz se valeu do modelo das "brigadas sanitárias" direcionadas para a eliminação do vetor, motivo pelo qual ficou conhecido como o "general mata-mosquitos" (Benchimol, 2001).

[13] Benchimol (2003, 2004) diverge das análises que tratam das atuações de Oswaldo Cruz e Pereira Passos na reforma urbana do Rio de Janeiro como "faces da mesma moeda", destacando um aspecto contraditório em suas práticas. Ao passo que Pereira Passos e os engenheiros do governo continuavam valendo-se do discurso da higiene dos miasmas para legitimar as amplas intervenções que estavam sendo realizadas no espaço urbano, as ações do pasteuriano Oswaldo Cruz, centradas na eliminação de três enfermidades, não podem ser confundidas com as de "embelezamento", na medida em que não envolviam intervenções na estrutura urbana da antiga capital.

[14] A campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro foi implementada entre 1902 e 1907, sob o comando de Oswaldo Cruz, que também foi o responsável pela criação, em 1904, do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, vinculado à Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Apesar de nenhuma epidemia importante ter ocorrido a partir de 1905, a doença permaneceu endêmica no Norte e no Nordeste do Brasil, o que se constituiu no principal argumento utilizado pelos especialistas da Fundação Rockefeller para convencer o governo brasileiro a delegar à Fundação a responsabilidade exclusiva pelo combate à febre amarela no país (Lowy, 1999, 2006; Benchimol, 2001; Benchimol *et al.*, 2009).

[15] Duas exceções podem ser encontradas em Brannstrom (1997) e Gadelha (1998). Para uma versão revista e ampliada do primeiro artigo, publicada em português, ver Brannstrom (2010).

[16] Para a implementação do Programa de Erradicação da Bouba no Brasil, ver Muniz (2009, 2012, 2013).

[17] *Grosso modo*, a literatura define a Fundação Rockefeller como uma organização filantrópica, não governamental, que emprega recursos próprios no financiamento de atividades beneficentes em várias partes do mundo. Ver, por exemplo, Andrews (1956). Para uma visão sobre as relações entre filantropia e imperialismo, com destaque para as atividades da Fundação Rockefeller, ver Arnove (1982).

[18] Os melhores exemplos dessa narrativa são Shaplen (1964), Williams (1969) e Fosdick (1989).

[19] Para importantes trabalhos nessa perspectiva, ver Brown (1976, 1979) e Berman (1983).

[20] Para exemplos dessa nova abordagem, ver, entre outros, Bullock (1980), Ettling (1981) e Birn (2006).

[21] Para um estudo pioneiro nessa perspectiva, ver Castro-Santos (1987). Dentre os expoentes da nova abordagem, destaco Cueto (1989, 1996a), Benchimol (1999), Campos (2006), Kropf (2009) e Palmer (2009, 2010, 2015). Para uma relação entre as atividades desenvolvidas pela Fundação Rockefeller no continente e a construção do Estado Nacional, ver Castro-Santos (1989), Williams (1994) e Palmer (2004). Sobre a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil entre as décadas de 1920 e 1950 e o papel desempenhado por seus especialistas na construção da saúde pública no país, ver Faria (1995, 2002, 2007), Gadelha (1998), Marinho (2001), Benchimol (2001, 2004) e Benchimol e colaboradores (2009).

[22] Uma análise importante tendo por base o trabalho de Stern foi feita por André Campos em seu estudo sobre o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), uma agência bilateral que atuou no Brasil entre 1942 e 1960, financiada em parte com recursos norte-americanos, em parte com recursos brasileiros, e que desempenhou um importante papel na montagem de uma estrutura sanitária em determinadas áreas do país, nas quais a autoridade federal não se fazia presente. Ver Campos (2006).

[23] Para uma revisão crítica da literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos, ver Marques (1997).

[24] Para uma análise pioneira da Opas levando em conta essas três dimensões, ver o trabalho de Pires-Alves e Paiva (2006). Nele, os autores examinam os primeiros anos da cooperação técnica entre a organização e o governo brasileiro no terreno das políticas de recursos humanos em saúde, ressaltando a gênese dessa iniciativa, os seus objetivos, estratégias e resultados – bem como os seus êxitos e vicissitudes – e os legados que deixou para a própria conformação do campo dos recursos humanos em saúde.

[25] Sobre o Programa de Erradicação da Malária da OMS, ver, entre outros, Siddiqi, especialmente: "Part III. Case study: the Malaria Eradication Programme" (1995: 123-191); Litsios (1997); Cueto (2007b), especialmente o capítulo 2, "Global designs"; Hochman (2007a, 2008a, 2008b); Packard (1997a, 1997b, 1998) e Packard e Brown (1997). Para uma discussão sobre o destaque do Programa na historiografia, ver Stepan (2011).

[26] Richard Brown faz parte de um grupo de pesquisadores que, desde o fim dos anos 1960, passou a relacionar as atividades sanitárias internacionais da Fundação Rockefeller com o imperialismo norte-americano. Nesse sentido, ele considera que os objetivos das campa-

nhas contra doenças como a ancilostomíase, a febre amarela e a malária eram melhorar as condições de saúde da força de trabalho dos países periféricos, de modo a aumentar os lucros dos países centrais e das oligarquias locais, uma visão que foi criticada a partir dos anos 1980. Contudo, em sua busca pelas vinculações entre a filantropia da Fundação Rockefeller e o imperialismo norte-americano, Brown traça um rico panorama do quadro socioeconômico dos Estados Unidos no último quartel do século XIX, ao qual recorro nesta seção. Para uma discussão historiográfica sobre as diferentes visões em relação à Fundação Rockefeller, ver a Introdução do presente livro. Ver também Palmer (2010).

[27] Filho de pequenos produtores rurais, o reverendo Frederick T. Gates desenvolveu desde cedo uma forte vocação para as atividades missionárias. Aos 38 anos começou a trabalhar para John D. Rockefeller, tornando-se um dos grandes responsáveis pela ampliação das atividades filantrópicas da família. Gates também foi um dos principais entusiastas da criação da Fundação Rockefeller e do início de suas atividades na área da saúde pública. Sobre a vida e a trajetória de Frederick T. Gates na Igreja batista e na Fundação Rockefeller, ver Brown (1979).

[28] Em 1965, depois de expandir as suas atividades para o campo da educação, o Instituto Rockefeller de Pesquisas Médicas passou a se chamar Universidade Rockefeller (Rockefeller University). Disponível em: <www.rockefeller.edu/about/history>. Acesso em: 12 mar. 2015.

[29] Histórico da Fundação Rockefeller, Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Fundação Rockefeller (doravante ACOC/DAD/FR), Caixa 1, documento 4, p. 1-13.

[30] Todas as traduções dos textos em língua estrangeira citados ao longo do livro são minhas.

[31] Histórico da Fundação Rockefeller, Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Fundação Rockefeller (doravante ACOC/DAD/FR), Caixa 1, documento 4, p. 2.

[32] Histórico da Fundação Rockefeller, Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Fundo Fundação Rockefeller (doravante ACOC/DAD/FR), Caixa 1, documento 4, p. 9.

[33] Chamada popularmente de "amarelão", a enfermidade também é conhecida como ancilostomose, uncinariose e necatoríase. Trata-se de uma verminose contraída através do contato da pele com as larvas de *Ancylostoma duodenale,* encontrado em fezes depositadas nos solos. Após o contágio, o verme aloja-se na maioria das vezes no intestino, mais precisamente no final do duodeno, provocando sintomas como anemia e inflamações na pele. A doença pode ser combatida pela adoção de medidas sanitárias simples, capazes de evitar o contágio, tais como a construção de latrinas e redes de esgoto e o uso de calçados. Para maiores informações, ver Brasil (2004).

[34] Twenty Years: Progress in Health Work in U.S 1910-1930, Rockefeller Archive Center (doravante RAC), Personal Papers, Hugh H. Smith Papers (1927-1988) (doravante PP/Hugh Smith Papers), Série 1, Caixa 1, Pasta 10.

[35] Twenty Years: Progress in Health Work in U.S 1910-1930, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 1, Pasta 10.

[36] Medidas voltadas para a eliminação dos excrementos também foram aplicadas pelos especialistas da Fundação Rockefeller nas Filipinas entre 1914 e 1917 e foram objeto de análise do historiador Warwick Anderson (1995).

[37] Twenty Years: Progress in Health Work in U.S 1910-1930, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 1, Pasta 10. Ver também Lowy (2006).

[38] Twenty Years: Progress in Health Work in U.S 1910-1930, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 1, Pasta 10.

[39] Twenty Years: Progress in Health Work in U.S 1910-1930, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 1, Pasta 10. Na primeira metade do século XX, a Divisão de Saúde Internacional (DSI) da Fundação Rockefeller foi o mais importante órgão sanitário das Américas. Desde sua criação, a DSI dedicou-se a combater doenças como a ancilostomíase, a febre amarela e a malária em várias partes do mundo até o seu fechamento em 1951. Nesse período, a DSI formou uma geração de importantes sanitaristas que ocupariam postos de direção em organizações sanitárias como a Opas e a OMS no pós-Segunda Guerra Mundial. Para a história da DSI da Fundação Rockefeller, ver Farley (2004).

[40] Farley (2004: 27) destaca que quando a CSI foi formada em 1913, a Comissão Sanitária Rockefeller já tinha três anos de operações. A ideia era que ela continuasse o seu trabalho no sul dos Estados Unidos, enquanto a CSI implementava campanhas contra a ancilostomíase em outros países. O plano, no entanto, acabou não se consumando. Em dezembro de 1914, a Comissão Sanitária Rockefeller foi repentinamente fechada e a CSI teve que se responsabilizar também pelas atividades de combate à enfermidade nos estados sulistas.

[41] Sobre o tema, ver também Palmer (2004, 2009, 2015).

[42] O termo *saúde global* passou a ser utilizado com frequência no fim do século XX para descrever a saúde transnacional na era da globalização. Na época do lançamento das campanhas da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase na América Central e no Caribe, no entanto, ele não era utilizado, mas sim *saúde internacional*. Em seu estudo sobre a transição entre as duas expressões, Brown, Cueto e Fee (2006) argumentam que *saúde global* denota uma maior atenção às necessidades básicas de saúde da população mundial como um todo, bem como o desenvolvimento de atividades sanitárias à margem do controle dos Estados nacionais. S*aúde internacional,* por sua vez, pressupõe uma coordenação das atividades e necessidades de saúde pública dos Estados nacionais. Em defesa do uso da expressão *saúde global* no estudo das campanhas contra a ancilostomíase desenvolvidas pela Fundação Rockefeller nos anos 1910, Palmer (2010) argumenta que as iniciativas da instituição naquela época eram tanto *globais* quanto *internacionais*. Desse modo, ele optou por usar o termo *saúde global* como uma forma de ressaltar suas origens periféricas.

[43] Para uma interessante abordagem sobre a campanha da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase em um país da América Central, que privilegia esses elementos, ver Palmer (2004).

[44] Fundação Rockefeller. Declaração das orientações políticas da Fundação. *Annual Report,* 1925 (New York, 1926) *apud* Sawyer (1937).

[45] Carlos Finlay desenvolveu as suas pesquisas em um contexto no qual ainda não existia a entomologia médica. Ele foi uns dos primeiros a se preocupar com os mosquitos através do prisma da saúde, identificando o *Culex* como agente transmissor da febre amarela. Na virada do século XIX para o XX, intensificou-se a coleta desses mosquitos em várias partes do mundo, com o objetivo de catalogá-los e compará-los. No começo do século XX, Theobald, com a ajuda de Adolpho Lutz, no Brasil, agrupou-os em um novo gênero, batizado de *Stegomyia fasciata*. Sobre essa questão, ver Benchimol (1999). Para a vida de Finlay e as suas pesquisas sobre a febre amarela, ver Leonard (1990).

[46] Sobre as origens da teoria do mosquito transmissor, ver Warren (1951), Stepan (1978), Delaporte (1992) e Benchimol (1999).

[47] O termo científico *Stegomyia fasciata* é geralmente (mas nem sempre) empregado no lugar de *Aedes aegypti* nos textos publicados antes de 1930.

[48] Para a campanha na Zona do Canal do Panamá, ver Sutter (2005).

[49] Benchimol (1999) destaca que o termo "vírus", naquela época, era utilizado genericamente para se referir a um organismo diminuto, capaz de passar por filtros muito finos, podendo ser uma bactéria ou mesmo um protozoário. Como a virologia só viria a se constituir em um campo autônomo na passagem da década de 1920 para os anos 1930, o autor destaca que não devemos confundir o termo usado no começo do século XX com a noção moderna de vírus, sob pena de sermos anacrônicos. Nas décadas de 1910 e 1920, inclusive, os pesquisadores dedicados a identificar o agente etiológico da febre amarela estavam à procura de um protozoário. Ver também Benchimol e colaboradores (2009), especialmente o capítulo 6, da segunda parte do livro, intitulado "Protozoários, espiroquetas e febre amarela".

[50] Conference between surgeon general W.C. Gorgas and Mr. Rose at Mr. Rose's Office on the afternoon of Tuesday, October 26, 1915, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 4, Pasta 65.

[51] Carter fez parte da comissão enviada pelo governo norte-americano para a Zona do Canal do Panamá que, sob a liderança de Gorgas, eliminou a febre amarela da região. Em 1915, ele seria nomeado cirurgião-geral assistente dos Estados Unidos (1915-1919) (Farley, 2004).

[52] Suggestions as to organization for Board to investigate yellow fever, 15 de dezembro de 1915, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 4, Pasta 65; Memorandum on the Yellow Fever Commission appointed by the International Health Board, 23 de junho de 1916, RAC, RG 5, Série 2, Caixa 22, Pasta 134a; Letter from Rose to Gorgas, 20 de janeiro de 1916, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 14, Pasta 232; Letter from Carter to Rose, 19 de outubro de 1916, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 19, Pasta 336.

[53] Rose. Yellow Fever: feasibility of its eradication, RAC, RG 5, Série 2, Caixa 22, Pasta 134a.

[54] Gorgas. Yellow Fever and its Eradication. *Proceedings of the Second Pan American Scientific Congress* (Washington D. C., December 27, 1915 – January 8, 1916), section VIII, Part 1, Volume IX, 1915, National Library of Medicine (NLM), History of Medicine Division, Modern Manuscripts Collection, Ms C 359, Fundo The Fred Lowe Soper Papers (1919-1975) (doravante NLM, Ms C 359, Soper Papers), Série IX, Caixa 43, Pasta 13. White. The Method of Dissemination and the Possibilities of Elimination of yellow fever, RAC, RG 5, Série 2, Caixa 22, Pasta 134a. Sobre a teoria dos "focos-chave", ver também Lowy (1999) e Benchimol (2001).

[55] Em seu memorando, Rose chegou a mencionar a possibilidade de a febre amarela infectar crianças. Entretanto, convencido que estava de que somente as grandes cidades se constituíam em "focos-chave" da doença, ele tratou tal possibilidade como uma ocorrência de caráter excepcional (Rose. Yellow Fever: feasibility of its eradication, RAC, RG 5, Série 2, Caixa 22, Pasta 134a).

[56] Sobre essa questão, ver a entrevista com o médico José Fonseca da Cunha, realizada no âmbito do Projeto Memória de Manguinhos, coordenado por Nara Azevedo e Wanda Hamilton. Segundo esse e outros especialistas brasileiros em saúde pública, por não ser muito elevada, a densidade de *Aedes aegypti* não era capaz de provocar uma epidemia urbana de febre amarela (Hamilton & Azevedo, 1999). Ver também Franco (1969).

[57] Yellow Fever Commission to South America, 14 June to 12 December 1916. NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 1; White. Organization of Campaigns Against Yellow Fever, RAC, RG 5, Série 2, Caixa 22, Pasta 134b.

[58] Guiteras. Report on Public Health Organization, Medical Topography, Epidemiology, and Medical Relief of the Lower Country Provinces in Ecuador, with special reference to yellow fever in the Province of Guayas (submitted by dr. Juan Guiteras. Member, Yellow Fever Commission of the Rockefeller Foundation, July 4, 1916); Carter. Report on Yellow Fever in Guayaquil. (submitted by dr. H. R. Carter, July 20, 1916), ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 1; Letter from Lyster to Gorgas about the yellow fever situation in Americas, October 17, 1919. RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 40, Pasta 628.

[59] Yellow Fever Commission. Preliminary Report of the Yellow Fever Commission, 1917, RAC, RG 5, Série 2, Sub-Série 899, Caixa 64, Pasta 422.

[60] Letter from Rose to Gorgas, January 27, 1917, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 26, Pasta 457.

[61] Carta de Gorgas para Rose sobre a expedição da Comissão de febre amarela para Guayaquil, 9 de maio de 1918; Kendall. Sumário com os detalhes da expedição proposta para estudar a febre amarela no Equador, escrito por Arthur I. Kendall, presidente da Comissão de Febre Amarela em Guayaquil, 10 de maio de 1918, ambos em: RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 32, Pasta 541.

[62] Noguchi. Yellow Fever Research, 1918-1924: A Summary. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 15 de maio de 1925, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 26.

[63] Carta de Noguchi para Victor Heiser, informando-o sobre o sucesso de suas experiências com o *Leptospira icteroides*, 6 de janeiro de 1919, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 40, Pasta 626. Ver também Lowy (2006) e Benchimol e colaboradores (2009).

[64] White. Memorandum descriptive of method of work against yellow fever. RAC, RG 5, Série 2, Caixa 23, Pasta 137; Working Plan for Ecuador, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 14, Pasta 232.

[65] Gorgas. Memorandum of yellow fever work in Guayaquil, Equator, by General W. C. Gorgas, February 4, 1920, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 47, Pasta 707.

[66] Lyster. Yellow fever: its distribution and its control in 1920. RAC, RG 5, Série 2, Caixa 22, Pasta 134b.

[67] Letters exchanges between Victor Heiser and Carter about the yellow fever situation in Peru, August 5, 1920 and October 26, 1920, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 47, Pasta 705. Para a campanha peruana, liderada pelo doutor Henry Hanson, ver Cueto (1992).

[68] Para a campanha da Fundação Rockefeller contra a febre amarela no Mexico, ver Birn (1993, 2006) e Solorzano (1994).

[69] Para as atividades de combate à febre amarela na Colômbia, ver Quevedo e colaboradores (2004, 2008).

[70] De acordo com Solorzano (1994), essa campanha foi responsável pela consolidação do prestígio do presidente Obregón e contribuiu de forma indireta para a derrota dos movimentos sociais que se opunham ao seu governo. O controle da ameaça amarílica tornou a região um lugar seguro para as tropas federais que foram enviadas para pacificá-la. A campanha contra a ancilostomíase desenvolvida no México pela Fundação Rockefeller não teve os mesmos resultados. Sobre ela, ver Birn e Solorzano (1997) e Birn (2008).

[71] Robert E. Noble também era diretor da biblioteca que, alguns anos depois, se tornaria a Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine), em Bethesda, no estado de Maryland (Miles, 1982).

[72] Guiteras. Observations on yellow fever in a recent visit to Africa, by dr. Juan Guiteras (director of health of Cuba, professor of tropical medicine in the University of Havana, member of the Yellow Fever Comission of the International Health Board). Lecture delivered before the Academy of Medicine of Havana, on February 14th, 1921, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 23.

[73] Gen. Gorgas dies in London. *The New York Times*. New York, 4 de julho de 1920, p. 17.

[74] Gorgas foi sepultado com honras militares no dia 16 de agosto de 1920 no Cemitério Nacional de Arlington (Arlington National Cemetery), na Virgínia ("General Gorgas buried with great pomp". *The New York Times*. New York, 17 de agosto de 1920, p. 17).

[75] Carta de Juan Guiteras para Wickliffe Rose, 15 de julho de 1920, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 47, Pasta 705.

[76] Guiteras. Observations on yellow fever in a recent visit to Africa, by dr. Juan Guiteras (director of health of Cuba, professor of tropical medicine in the University of Havana, member of the Yellow Fever Comission of the International Health Board). Lecture delivered before the Academy of Medicine of Havana, on February 14th, 1921, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 23.

[77] Guiteras. Observations on yellow fever in a recent visit to Africa, by dr. Juan Guiteras (director of health of Cuba, professor of tropical medicine in the University of Havana, member of the Yellow Fever Comission of the International Health Board). Lecture delivered before the Academy of Medicine of Havana, on February 14th, 1921, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 23.

[78] Para uma discussão sobre as raízes dessa ideia, ver Benchimol e colaboradores (2009).

[79] Guiteras. Observations on yellow fever in a recent visit to Africa, by dr. Juan Guiteras (director of health of Cuba, professor of tropical medicine in the University of Havana, member of the Yellow Fever Comission of the International Health Board). Lecture delivered before the Academy of Medicine of Havana, on February 14th, 1921, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 23.

[80] Cartas de Carter para Rose sobre a febre amarela na África, 18 de abril de 1921 e 14 de maio de 1921; Carta de Carter para os membros da Junta de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller sobre a febre amarela na África, 22 de novembro de 1923; Carta de Carter para Russell sobre febre amarela na África, acompanhada de um memorando sobre o problema, 25 de janeiro de 1923, todas em: RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 1, Pasta 11.

[81] Apesar de o livro contendo os resultados de suas pesquisas – iniciadas em 1922 – só ter sido publicado em 1931, quando Carter já havia falecido, partes da obra circulavam confidencialmente entre os membros da Yellow Fever Commission desde 1923 (Carter. History of Yellow Fever – Section 1: Epidemiology of yellow fever by Doctor Henry R. Carter, RAC, RG 1.1, Série 100 (O), Caixa 84, Pasta 772).

[82] Rockefeller Jr. Memorando da direção da Fundação Rockefeller, 21 de janeiro de 1916, RAC, RG 5, Série 1.2, Caixa 28, Pasta 434. Ver também Faria (1995).

[83] Strode. Hookworm Disease Control in Jacarepaguá, Federal District, Brazil, RAC, RG 5, Série 2, Caixa 23, Pasta 135.

[84] Em 1924, o pesquisador da Fundação Rockefeller Nelson C. Davis e o médico brasileiro Waldemar Rocha, que trabalhavam no combate à ancilostomíase na localidade de Ilha dos Marinheiros, no Rio Grande do Sul, escreveram um trabalho no qual criticavam o uso de óleo quenopódio nas campanhas de combate à enfermidade dirigidas pela organização filantrópica norte-americana (Davis e Rocha. The Insignificant Value of Third Tr intensive Hookworm Campaigns [1924], RAC, RG 5, Série 2, Caixa 23, Pasta 135).

[85] Em 1912, apenas alguns anos antes da chegada da primeira Comissão Rockefeller ao Brasil, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) organizou uma expedição médico-científica ao interior do país, liderada pelos médicos Belisário Penna e Artur Neiva. Depois de percorrer diversas regiões do Nordeste e do Centro-Oeste do país, os seus membros elaboraram um relatório final no qual descreveram as populações dessas áreas como doentes, abandonadas, atrasadas, improdutivas, enfraquecidas por uma série de doenças endêmicas e desprovidas de qualquer sentimento cívico em relação ao Brasil. Com a expedição, o movimento sanitarista procurava chamar a atenção das elites políticas e intelectuais da República para a situação de isolamento e precariedade sanitária na qual estavam imersos os brasileiros dos chamados sertões. Sobre as viagens dos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil, ver Casa de Oswaldo Cruz (1991). Para o movimento sanitarista na Primeira República, ver Hochman (1998a). Para maiores informações sobre a relação entre o movimento sanitarista e uma nova interpretação dos sertões do país, ver Hochman (1998b) e Lima (1999).

[86] Em seu livro, Hochman (1998a) analisa os fatos políticos que levaram à criação do DNSP. Sobre o tema, ver também Labra (1985).

[87] Barbosa. A vergonha. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 1916, ACOC/DAD/FR, Caixa 1, documento 16.12.08. Ver também Barbosa (1929).

[88] Fundação Rockefeller. Relatório sobre o trabalho da Fundação Rockefeller no Brasil em 1922, ACOC/DAD/FR, Caixa 1, documento 22.05.05.

[89] As negociações entre as autoridades brasileiras e a Fundação Rockefeller, inclusive, tinham se iniciado alguns anos antes, com uma intensa troca de correspondências entre os membros da Comissão de Febre Amarela e dirigentes nacionais (YFC's Letter of Appreciation [dirigida a Carlos Chagas e Pedro Albuquerque, respectivamente Diretor Geral de Saúde Pública Federal e Diretor da Comissão Sanitária Federal do Norte], 25 de março de 1920, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 47, Pasta 709).

[90] Instruções escritas pelo DNSP e aprovadas pelo Ministério do Interior, a respeito do Serviço da Febre Amarela, Rio de Janeiro, 11 de setembro de 1923. Ver Franco (1969) e Williams (1994).

[91] Carta de Rose para Carter sobre o planejamento das atividades da Junta de Saúde Internacional para o ano de 1923, incluindo o início da cooperação com o Brasil, 31 de outubro de 1922, RAC, RG 5, Série 1.1, Caixa 65, Pasta 920.

[92] Carta do governo federal ao diretor da Fundação Rockefeller, dr. J.H. White, sobre a organização dos serviços de combate à febre amarela, ACOC/DAD/FR, Caixa 1, documento 036, p. 1.

[93] Antônio Peryassú, na época assistente do Laboratório Bacteriológico do DNSP, publicou um trabalho no qual defendia a utilização dos peixes larvicidas como forma de combater a febre amarela: Peryassú. O emprego de peixes na destruição das larvas de mosquitos: peixes larviphagos brasileiros de água doce. *A Folha Médica* (s/ref.), RAC, Personal Papers, Nelson C. Davis Papers (1913-1933) (doravante PP/Nelson Davis Papers), Série 3.1, Caixa 19, Pasta 119.

[94] Memorandum sobre os métodos de trabalho da Rockefeller no Brasil. ACOC/DAD/FR, Caixa 1, documento 3, p. 1.

[95] Memorandum sobre os métodos de trabalho da Rockefeller no Brasil. ACOC/DAD/FR, Caixa 1, documento 3, p. 1-2.

[96] Mensagem do presidente Bernardes ao parlamento brasileiro, ACOC/DAD/FR, Caixa 1, documento 26.20.00.

[97] White, Scanell e Connor. Yellow Fever – Brazil (1924-1927), RAC, RG 5, Série 3, Caixa 114, Pasta 1452; Connor. Sumário dos trabalhos da Comissão de febre amarela em 1927, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 6.

[98] Alguns anos mais tarde, Fred Soper lamentaria que os especialistas da Fundação Rockefeller não tivessem se sensibilizado diante das advertências de Sebastião Barroso acerca da permanência da febre amarela nas regiões rurais do Brasil (Carta de Soper a Russell, 30 de maio de 1930, ACOC/DAD/FR, Caixa 1, documento 30.05.23).

[99] Notes on General Noble's Report; Russell, Beeuwkes, Carter, Noguchi e White. Notes for Yellow Fever Conference (Washington D.C., Dec. 29, 1924), by dr. Russell, dr. Beeuwkes, dr. Carter, dr. Noguchi, dr. White. Ambos em: RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 23.

[100] Mahaffy. Yellow Fever Investigation, Lagos, Nigeria (Reported to dr. Henry Beeuwkes, Director of the West Africa Yellow Fever Comission, by dr. Alexander F. Mahaffy), RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 23. Ver também Benchimol e colaboradores (2009).

[101] Pouco tempo depois de ser contratado pela Fundação Rockefeller, Sawyer foi enviado para a Austrália, com a tarefa de organizar o programa de controle da ancilostomíase da organização filantrópica norte-americana naquele país. Entre 1919 e 1922, ele dirigiu a campanha contra a enfermidade em território australiano. Em 1923, inclusive, tornou-se diretor regional adjunto da Fundação Rockefeller para o Oriente (RF Assistant Regional Director for the East), responsável por todos os projetos da JSI na Austrália. No exercício do cargo, ele também ajudou Victor Heiser – diretor da Fundação Rockefeller para o Oriente – a supervisionar os projetos da organização no Ceilão, na Tailândia, na Índia e na Indonésia e atuou como assessor do então recém-criado Ministério da Saúde da Austrália (1922-1924). De volta aos Estados Unidos em 1924, Sawyer foi designado para o cargo de diretor do Serviço de Laboratório de Saúde Pública da Fundação, no lugar de Frederick F. Russell, que havia sido nomeado diretor da JSI no lugar de Wickliffe Rose. Dentre as suas atribuições estavam ajudar no desenvolvimento de laboratórios de saúde pública locais, nos Estados Unidos e no exterior, e estabelecer relações cooperativas com os departamentos de saúde municipais e estaduais, especialmente nas áreas onde a Fundação desenvolvia programas de controle da ancilostomíase e da malária. No exercício do cargo, Sawyer iniciou a criação dos laboratórios, visitando-os periodicamente para avaliar as suas operações. (Wilbur A. Sawyer – Biographical Information. *Profiles in Science. National Library of Medicine.* Disponível em: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/LW/p-nid/135>. Acesso em: 1 mar. (2015). Sobre a carreira de Wilbur Sawyer na JSI da Fundação, ver Farley (2004).

[102] Sawyer escreveu alguns estudos de referência sobre a febre amarela que aparecerão ao longo deste livro. Por ora, gostaria de destacar dois artigos nos quais ele procurou, respectivamente, escrever uma história da doença nas primeiras décadas do século XX (Sawyer, 1932) e das atividades da Fundação Rockefeller no combate à enfermidade (Sawyer, 1937).

[103] Carta de Russell para Beeuwkes, 13 de junho de 1927, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 1, Pasta 11.

[104] Natural das florestas temperadas da Índia, do Afeganistão e da China, o macaco rhesus (*Macaca mulatta)* é muito utilizado como cobaia em experimentos científicos. Foi nesse animal, inclusive, que, no biênio 1939-1940, foi demonstrado o fator Rh do sangue, muito importante para as transfusões sanguíneas e para o diagnóstico de determinadas doenças no recém-nascido (Benchimol *et al.*, 2009).

[105] West African Yellow Fever Commission. Patient's history: Adrian Stokes; dr. Adrian Stokes, ambos em: RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 21.

[106] Report of an epidemiological investigation of the case of doctor Adrian Stokes (Lagos, Nigeria, September 30th, 1927), RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 21.

[107] Microscopic Report on the Tissues from dr. Adrian Stokes, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 21.

[108] History in the case of dr. Hideyo Noguchi who died of yellow fever at Accra, Gold Coast, 21 May, 1928; Post mortem report on dr. Hideyo Noguchi of the Rockefeller Institute; Microscopic examination of tissues of dr. Hideyo Noguchi; Microscopic examination of m. rhesus N 1224; M. rhesus 1224 (Accra) inoculated with blood of H. Noguchi, May, 1928; H. Noguchi – Accra – Died May 21, 1928; dr. Hideyo Noguchi – Accra, Gold Coast – Microscopic Examination, todos em: RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 20; The RF Quarterly Bulletin, July, 1928, RAC, RG 1.1, Série 100 (O), Caixa 87, Pasta 809. Sobre a morte de Noguchi, ver também Lowy (2006) e Benchimol e colaboradores (2009).

[109] History in the Case of dr. W. A. Young, who died of yellow fever at Accra, Gold Coast, 29 May 1928, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 2, Pasta 22.

[110] Aragão. Algumas questões a serem estudadas entre nós em relação à febre amarela (Henrique Aragão – Instituto Oswaldo Cruz – May 10, 1928); Davis. Suggested problems to be attacked by yellow fever laboratory (Submitted by dr. N. C. Davis - June 30, 1928), ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 7.

[111] No verão de 1929, Frobisher foi enviado para o Laboratório de Febre Amarela da Bahia, e Paul Hudson foi transferido da Comissão de Febre Amarela da África Ocidental para o Laboratório Central, em Nova York (Sawyer. Report of the Yellow Fever Laboratory in New York, RAC, RG 1.1, Série 100 (O), Caixa 86, Pasta 798).

[112] Sawyer. Report of the Yellow Fever Laboratory in New York, RAC, RG 1.1, Série 100 (O), Caixa 86, Pasta 798.

[113] Uma versão resumida desse trabalho foi publicada em português em *O Saneamento*, periódico de circulação interna editado pela DSI da Fundação Rockefeller para os seus funcionários no Brasil. Ver Sawyer, Lloyd & Kitchen (1929b).

[114] Sobre a epidemia do Rio de Janeiro, ver Fraga (1928, 1930).

[115] Carta do dr. Abt, do Office International d'Higiène Publique, a Clementino Fraga, 16 de março de 1928; Carta de Hugh S. Cumming, diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a Clementino Fraga, 10 de dezembro de 1928; Carta do Office International d´Higiène Publique a Clementino Fraga, 27 de fevereiro de 1929; Carta de Abt a Clementino Fraga, 16 de março de 1929; Carta de Ludwik Raichman, diretor da Organização de Saúde da Liga das Nações, a Clementino Fraga, 21 de dezembro de 1929, todos em: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Arquivo Clementino Fraga (doravante ACOC/DAD/ACF).

[116] Carta do ministro das Relações Exteriores do Uruguai ao ministro das Relações Exteriores do Brasil, 24 de julho de 1929, ACOC/DAD/ACF.

[117] Carta de Fraga ao jornal *La Nación,* s/d. ACOC/DAD/ACF.

[118] Unidades de saúde criadas em São Paulo e Bahia relacionados ao IHB e à Rockefeller, ACOC/DAD/FR, Caixa 3, documento 62.

[119] A título de comparação, entre 1903 e 1907 Oswaldo Cruz recorreu a aproximadamente mil mata-mosquitos para controlar os insetos, em uma cidade que tinha, então, cerca da metade da população do Rio de Janeiro de 1929. Com a vitória da Revolução de 1930 e a instauração do regime de Vargas, Clementino Fraga foi destituído de suas funções e acusado de ter utilizado mal o dinheiro público durante a campanha contra a febre amarela. Ele prestou depoimento à comissão de sindicância de saúde pública, que concluiu que o combate ao mosquito *Aedes aegypti* poderia ter sido feito a um custo mais baixo. Fraga se valeu da urgência da situação para justificar as elevadas despesas. O processo foi, então, arquivado, por falta de provas de malversação do dinheiro público (Carta de Clementino Fraga ao *Correio da Manhã,* 29 de maio de 1931, ACOC/DAD/ACF).

[120] Carta de Clementino Fraga a Hugh J. Cumming, Diretor da Oficina Sanitária Panamericana, 9 de abril de 1930, ACOC/DAD/ACF.

[121] Carta do representante do governo uruguaio no Ministério das Relações Exteriores do Brasil, Dr. Scorseria, 24 de novembro de 1929; O embaixador da Itália no Brasil também enviou uma carta a Fraga, datada de 5 de junho de 1929, informando sobre a suspensão das medidas de quarentena contra o Brasil tomadas por seu país, ambas em: ACOC/DAD/ACF.

[122] Fraga. Memorando de Fraga (1929), ACOC/DAD/ACF.

[123] Desde 1929, a febre amarela reapareceu também em navios que trafegavam pelo Rio da Prata, ao sul do continente, e em Manaus, no norte do Brasil, parecendo estar distribuída ao longo de 4.500 milhas de costa. Várias localidades rurais da América Latina, como Socorro, na Colômbia, e Guaspati, na Venezuela, ambos pequenos centros afastados de qualquer foco infeccioso e sem proximidade com nenhuma grande cidade, também reportaram casos da enfermidade (Cueto, 1996a).

[124] Connor. Memorando apresentado ao dr. Fraga pelo dr. M. E. Connor sobre a situação de febre amarela no norte do Brasil, 7 de junho de 1928, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 7.

[125] Acordo firmado entre o DNSP e a Comissão Rockefeller, para os serviços de extinção da febre amarela no norte do país (*Diário Oficial*, 30 de janeiro de 1929, p. 2.432-2.433), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 9. Ver também Benchimol (2001: 125).

[126] O arcabouço jurídico do SCFA foi definido pelo decreto n. 21.434, de 23 de maio de 1932, que complementou o decreto n. 5.157, de 8 de março de 1904, que havia estabelecido o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela (Franco, 1969).

[127] Acordo firmado entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Comissão Rockefeller para os serviços de extinção da febre amarela do Brasil (*Diário Oficial*, 02 de dezembro de 1930, p. 21.644), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 15. Ver também Cueto (1996a), Lowy (1999, 2006) e Benchimol (2001).

[128] Como funcionário da JSI da Fundação Rockefeller, Soper viveu mais de vinte anos na América do Sul, no Paraguai (1920-1927) e no Brasil (1927-1942), desempenhando um papel de destaque nas campanhas contra a ancilostomíase e a febre amarela implementadas

em ambos os países. Para maiores informações sobre sua vida e carreira, ver: Waserman (1975), Soper e Duffy (1977), Gladwell (2001), Cueto (2007a) e Stepan (2011).

[129] Carta de Soper para Russell, 18 de maio de 1930, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 12.

[130] Carta de Connor a Russell, 16 de junho de 1930, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 12.

[131] Carta de Sawyer para Russell, 3 de julho de 1930, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 7, Pasta 13.

[132] Doyle. Report of Yellow Fever Work in Pernambuco and Depending States (January 1st. to December 31st. 1931), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 48.

[133] Soper. Reorganization of the Cooperative Yellow Fever Service of Brazil, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 40, Pasta 2.

[134] Soper, F. Yellow Fever Service - Brazil - Annual Report 1930, RAC, RG 5, Série 3, Caixa 115, Pasta 1456. Ver também Benchimol (2001).

[135] Silva, Rubens e Costa. Descrição de um novo viscerótomo e resultados de sua utilização (nota prévia), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 44, Pasta 1. RICKARD, E. R. The viscerotome, an instrument for the removal of fragments of liver for pathological examination without autopsy. *Bulletin of the Rockefeller Foundation*, 5(6): 310-315, 1931/1932, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume II.

[136] Rocha Lima. O diagnóstico post-mortal da febre amarela. *A Folha Médica*, 01 de Agosto de 1926, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 43, Pasta 10. Rocha Lima foi o primeiro pesquisador a identificar lesões específicas no fígado causadas pela febre amarela. Ele publicou os resultados de sua pesquisa em Hamburgo, em 1912. A sua descoberta, contudo, não foi aceita e nem utilizada como uma ferramenta de diagnóstico imediatamente, pois os epidemiologistas da Fundação Rockefeller estavam convencidos de que podiam erradicar a doença exclusivamente por meio do combate ao mosquito *Aedes aegypti* nos focos-chave. Para uma versão em português do seu estudo, ver Rocha Lima (1921). Para a trajetória científica de Rocha Lima, ver Silva (2010, 2011).

[137] Soper, Rickard e Crawford. The routine post-mortem removal of liver tissue from rapidly fatal fever cases for the Discovery of silent yellow fever foci, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume IV; Rickard. The organization of the viscerotome service of the Brazilian Cooperative Yellow Fever Service (1937), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume V.

[138] Soper. Importance of the pathological diagnosis of yellow fever; Soper. Liver pathology in yellow fever, ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série VII, Caixa 30, Pasta 19.

[139] Parreiras. Vinte anos de viscerotomia no diagnóstico e profilaxia da febre amarela (1950), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 46.

[140] Theiler. A yellow fever protection test in mice by intracerebral injection, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. III.

[141] Theiler. A yellow fever protection test in mice by intracerebral injection, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. III.

[142] Sawyer. El diagnostico retrospectivo de la fiebre amarilla por medio de la prueba protectora en el ratón, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. III. Ver também Lowy (2006: 172).

[143] Avaliação sobre o Serviço de Febre Amarela na Bahia, ACOC/DAD/FR, Caixa 2, documento 78.

[144] Rickard. The organization of the viscerotome service of the Brazilian Cooperative Yellow Fever Service (1937), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume V.

[145] Rickard. The organization of the viscerotome service of the Brazilian Cooperative Yellow Fever Service (1937), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume V.

[146] Soper. Jungle Yellow Fever, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume IV.

[147] Soper; Penna; Cardoso; Serafim; Frobisher; Pinheiro. Yellow Fever without *Aedes aegypti*. Study of a rural epidemic in the Valle do Chanaam, Espírito Santo, Brazil, 1932 (1933), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. III. Soper. Jungle Yellow Fever, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume IV.

[148] Soper. Recent extensions of knowledge of yellow fever, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. IV; Soper. The newer epidemiology of yellow fever, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. V.

[149] Ver, por exemplo, Balfour (1914), Low (1914).

[150] Soper; Penna; Cardoso; Serafim; Frobisher; Pinheiro. Yellow Fever without *Aedes aegypti*. Study of a rural epidemic in the Valle do Chanaam, Espírito Santo, Brazil, 1932 (1933), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. III; Soper. Recent extensions of knowledge of yellow fever, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. IV; Soper. The newer epidemiology of yellow fever, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. V.

[151] Soper. Rural and jungle yellow fever: a new public health problem in Colombia (Lecture given before the Faculty of Medicine of Bogotá, April 5th, 1935), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IV, Caixa 20, Pasta 2.

[152] Soper. Urban and jungle yellow fever in Brazil, 1931-47, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IV, Caixa 20, Pasta 2.

[153] Theiler e Whitman. The danger of vaccinating with neurotropic yellow fever virus alone. Laboratories of the International Health Division of the Rockefeller Foundation, New York: 1934, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 43, Pasta 7.

[154] Haagen e Theiler. Studies of yellow fever virus in tissue culture, RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. III.; Elmendorf e Smith. Multiplication of yellow fever virus in the developing chick embryo (1937), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume V.

[155] Theiler. The development of vaccines against yellow fever (Nobel Lecture, December II, 1951), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 46. Por essa descoberta, Theiler ganharia sozinho o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia do ano de 1951. Muitos funcionários da Fundação Rockefeller acreditavam, no entanto, que outros pesquisadores, como Sawyer e Smith, por exemplo, deveriam ter compartilhado o prêmio por suas contribuições para o desenvolvimento da vacina contra a febre amarela. Em carta enviada a Greer Williams, datada de 3 de fevereiro de 1964, Smith criticava o fato do autor ter dado todo o crédito por essa descoberta para Theiler em seu livro *Virus Hunters* e cobrava dele uma abordagem sobre a descoberta como um trabalho de equipe em seu novo livro. Smith ressaltava ainda o trabalho realizado no Brasil para a aplicação em massa da vacina e o papel desempenhado por Henrique Penna no Rio de Janeiro (Carta de Hugh Smith a Greer Williams, 3 de fevereiro de 1964, RAC, PP/Hugh Smith Papers, Série 1, Caixa 1, Pasta 7). Para a obra de Williams que Smith critica, ver Williams (1960). Sensível às críticas que recebera de Smith, Williams deu crédito aos demais pesquisadores que

participaram do desenvolvimento da vacina 17D em seu novo livro. Ver Williams (1969), especialmente o capítulo 29, "A good vaccine". Para um estudo bem documentado sobre o desenvolvimento da vacina contra a febre amarela desde os seus primórdios, com destaque para as contribuições de pesquisadores brasileiros, ver Benchimol (2001), especialmente o capítulo, "A vacina".

[156] Soper. Vaccination against yellow fever in Brazil, 1930-1937. Palestra ministrada por Fred Soper na Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, Brasil, em 4 de novembro de 1937; Soper. Experience with yellow fever vaccination in Brazil, 1930-1937. Palestra ministrada por Fred Soper na Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, Brasil, 1939, ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IV, Caixa 22, Pasta 10.

[157] Soper e Smith. Vaccination with virus 17D in the control of jungle yellow fever in Brazil (1938); Soper e Smith. Yellow Fever Vaccination with cultivated virus and immune and hyperimmune serum (1938), ambos em: RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. V.

[158] Soper. Report on yellow fever to the Ninth Panamerican Sanitary Conference, Buenos Aires, 12-22 November, 1934, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IV, Caixa 20, Pasta 2.

[159] Soper. Progresos en el estudio y control de la fiebre amarilla en Sur America. Las Actas de la X Conferencia Sanitaria Panamericana (1939), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. VI. Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana (Bogotá, 4-14 Septiembre de 1938), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série XIII, Caixa 71.

[160] Soper. Jungle yellow fever threatening Rio de Janeiro, 1938, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 40, Pasta 2.

[161] A malária no Vale do Jaguaribe (Relatório apresentado ao Diretor de Saúde Pública, pelo dr. A. Belo da Mota, malariologista, em 19 de outubro de 1938), Fortaleza, 1939; Sampaio. Algumas considerações sobre a malária no Vale do Jaguaribe (1939), ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série X, Caixa 58, Pasta 3.

[162] Para o envolvimento dos Estados Unidos no combate à malária no nordeste brasileiro durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), ver Campos (1999, 2006).

[163] Serviços Federais de Saúde em 1938 – Exposição apresentada ao Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, João de Barros Barreto (Item 'b'- A Malária no Nordeste transmitida por *Anopheles gambiae*), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série X, Caixa 58, Pasta 2.

[164] Estados Unidos do Brasil. Decreto-Lei n. 1.042, de 11 de Janeiro de 1939, que cria, no Ministério da Educação e Saúde, o Serviço de Malária do Nordeste. *Diário Oficial da União* - Seção 1 – 12 de janeiro de 1939, p. 997.

[165] O afastamento da Rockefeller das atividades contra a febre amarela no Brasil até 1940, ACOC/DAD/FR, Caixa 4, documento 154.

[166] Diário de Soper, 25 de setembro de 1934 (FLS Diary, July 29 – September 30, 1934), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 8, Pasta 14.

[167] Discurso de Gustavo Capanema, Ministro da Educação e da Saúde, 16 de março de 1940 (FLS Diary, March 1st - May 31, 1940), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 2.

[168] Theiler. The Development of Vaccines against Yellow Fever (Nobel Lecture, December II, 1951), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 46.

[169] Ver também Soper. Yellow Fever: the present situation (October 1938) with special refer-

ence to South America (1938), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Volume V.; Soper. Progresos en el estudio y control de la fiebre amarilla en Sur America. Las Actas de la X Conferencia Sanitaria Panamericana (1939), RAC, Collected Papers on Yellow Fever, Vol. VI. Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana (Bogotá, 4-14 Septiembre de 1938), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série XIII, Caixa 71].

[170] Sobre a criação desse novo Escritório Regional da Fundação Rockefeller na América do Sul, ver: Hackett. The Rio de la Plata and Andean Region. A review of IHD activities from October 1940 to June 1942, RAC, RG 5.3, Série 300, Caixa 102.

[171] Carta de Torres Muñoz para Soper, 12 de fevereiro de 1941 (FLS Diary, January 1st - April 9, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 6.

[172] Carta de Torres Muñoz para Soper, 12 de fevereiro de 1941 (FLS Diary, January 1st - April 9, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 6.

[173] Carta de Torres Muñoz para Soper, 12 de fevereiro de 1941 (FLS Diary, January 1st - April 9, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 6.

[174] A Bolívia é o único país do hemisfério ocidental que não foi visitado nem ao menos uma vez pela febre amarela, e alguns países foram visitados muitas vezes. A razão para a Bolívia ter escapado foi não ter litoral ou baixas altitudes. Consequentemente, não tem *Stegomyia*. Essa opinião foi manifestada por Gorgas, Lyster e Carter, membros da Comissão de Febre Amarela da Fundação Rockefeller no relatório sobre a viagem que realizaram a vários países do continente (não foram à Bolívia), publicado em *Southern Medical Journal,* 13: 873-880, 1920. Entretanto, com o aparecimento da doença em Santa Cruz, em 1932, uma nova análise de relatos de "febre" no país nos permite afirmar que casos da enfermidade eram frequentemente reportados desde 1856. Em 1924, inclusive, a febre amarela foi diagnosticada em Guayamarin e Cachuela Esperanza, causando cerca de vinte mortes (Diário de Soper, 20 de junho de 1966 [FLS Diary, February 9, 1964-April 2, 1968], NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 13, Pasta 9).

[175] A Guerra do Chaco (1932-1935) foi um conflito armado entre a Bolívia e o Paraguai pela posse da região do Chaco Boreal, que pertencia à Bolívia e na qual tinham sido descobertas reservas petrolíferas. A guerra terminou em 1935 com a vitória paraguaia, que anexou parte do território boliviano. O conflito deixou um saldo de cerca de sessenta mil bolivianos mortos e trinta mil paraguaios (Farcau, 1996; Moniz Bandeira, 1998). Para os impactos da Guerra do Chaco sobre o campo da saúde pública na Bolívia, ver Zulawski (2007), especialmente o capítulo 2: "The Medical Crisis of the Chaco War".

[176] Información telegráfica sobre la epidemia de Santa Cruz – 1932, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 1.; Mazza. Comprobación de focos de fiebre amarilla en el Departamento de Santa Cruz, República de Bolívia (Universidade de Buenos Aires / Mission de Estudos de Patologia Regional Argentina – Publicación n. 9. Buenos Aires, Imprensa de la Universidad, 1932), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 44, Pasta 6. Em "Epidemiologia e profilaxia da febre amarela na Bolívia", publicado em 1939, o dr. Nemesio Torres Muñoz afirma que a doença foi diagnosticada na Bolívia algumas vezes antes de 1932. A falta de reação da comunidade internacional diante dos casos de febre amarela nas planícies da Bolívia estaria relacionada, na sua opinião, ao isolamento dessas localidades e às dificuldades de transporte para alcançá-las. Entretanto, à medida que os interesses petrolíferos começaram a penetrar nas planícies bolivianas vindos da Argentina, o problema da febre amarela deixou de ser um problema local, transformando-se em objeto de preocupação internacional (Torres Muñoz. Epidemiology and Control of

Yellow Fever in Bolivia [Report presented by dr. N. Torres Muñoz, Director of the Yellow Fever Service in Bolivia, to the First National Medical Congress, as Official Delegate for the Department of Santa Cruz. December 1939], NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 1).

[177] El Instituto Oswaldo Cruz y la Fundación Rockefeller estudian la fiebre amarilla (*La Razón,* 3 de junho de 1932, p. 6-7), Llego del Brasil la Mision de la Fundación Rockefeller (*La Razón,* 4 de junho de 1932, p. 4), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 8, Pasta 4.

[178] Quarterly Report Yellow Fever Service. Bolivia – September 30, 1940, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 1.

[179] Diary of L. W. Hackett, October 28, 1941, RAC, RG 12, Caixa 188.

[180] Diary of L. W. Hackett, January 21, 1941, RAC, RG 12, Caixa 188.

[181] Informe Annual del Servicio de Fiebre Amarilla. Bolivia Año 1941, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 1.

[182] Diário de Soper, 17 e 18 de janeiro de 1941 (FLS Diary, January 1st - April 9, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 6.

[183] Ao longo de sua carreira, John D. Long foi também auxiliar do cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (U.S. Public Health Service - USPHS) e diretor assistente da RSP, conduzindo atividades da organização em mais da metade dos países da América Latina e Caribe e viajando para remotas áreas do continente, bem como para os centros urbanos, com os objetivos de examinar as condições locais de saúde e coordenar as atividades das autoridades sanitárias nacionais com aquelas desenvolvidas pela RSP. Long foi um dos responsáveis pela elaboração do Código Sanitário Pan-Americano e dos códigos sanitários de países como o Chile, Equador e Panamá. Sobre a sua vida e carreira, ver Kiernan (2001) e Paho (2002).

[184] Diário de Soper, 19 de janeiro de 1941 (FLS Diary, January 1st - April 9, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 6.

[185] Diário de Soper, 20-23 de janeiro de 1941 (FLS Diary, January 1st - April 9, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 6.

[186] O médico Carlos Enrique Paz Soldán foi um dos principais líderes do movimento sanitarista peruano, conhecido como *La Reforma Médica,* tendo atuado como representante da Repartição Sanitaria Pan-Americana no Peru por mais de cinquenta anos. Para maiores informações sobre a sua vida e carreira, ver Bynum e Bynum (2007: 990-991).

[187] Carta de Soper para Sawyer, 11 de fevereiro de 1941 (7p.), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 3.

[188] Control and Investigation of Yellow Fever: additional allocation and revised program, to supersede the present designation for 1941 (3p.) e Terms of the proposed contract between the Ministry of Public Health, Labor and Social Security of Peru, and the Rockefeller Foundation covering the period ending December 31, 1941 (5p.), ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 3.

[189] Carta de Soper para Sawyer, 11 de fevereiro de 1941 (7p.), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 3.

[190] Carta de Soper para Sawyer, 11 de fevereiro de 1941 (7p.), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 3.

[191] Carta de Soper para Sawyer, 11 de fevereiro de 1941 (7p.), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 3.

[192] Carta de Soper para Sawyer, 11 de fevereiro de 1941 (7p.), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 3.

[193] Lazarte. La profilaxia contra la fiebre amarilla en el Peru (1942), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 3.

[194] Diário de Soper, 28 de fevereiro de 1941 (FLS Diary, January 1st - April 9, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 6.

[195] A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi aprovada pelo Congresso Nacional em 1919. No ano seguinte, o novo órgão foi organizado pelo decreto n. 14.189, de 26/5/1920 e reorganizado em 1923. O DNSP substituiria a diretoria-geral de Saúde Pública, constituindo-se em uma agência de maior abrangência, complexidade e mais centralizada. Para uma análise dos fatos políticos que levaram à criação do DNSP, ver Hochman (1998a).

[196] João de Barros Barreto (1890-1956) formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1912. Foi inspetor sanitário da Diretoria de Higiene do Estado do Rio de Janeiro em 1915 e do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Em 1918, fez um curso de aperfeiçoamento na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, Maryland, e na Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em Boston, Massachusetts, no biênio 1924-1925. De volta ao Brasil, foi diretor do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo e do Departamento Nacional de Saúde Pública (1937-1945). Foi ainda secretário geral dos 4º e 5º Congressos Brasileiros de Higiene e presidente de honra da Repartição Sanitária Pan-Americana entre 1942 e 1946, durante a gestão de Hugh Cumming. Para maiores informações sobre a sua vida e carreira, ver Hochman (2007b).

[197] O Canadá só se associaria à Organização Pan-Americana da Saúde em 1971. Sobre as relações desse país com a Opas, ver Dmitrienko (2006).

[198] Diário de Soper, 14 de setembro de 1942 (FLS Diary, September 8 - October 4, 1942), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 12.

[199] Diário de Soper, 14 de setembro de 1942 (FLS Diary, September 8 - October 4, 1942), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 12.

[200] Diário de Soper, 5 de setembro de 1942 (FLS Diary, June 1st - September 7, 1942), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 11. Ver também Soper e Duffy (1979: 360).

[201] Na condição de oficial mais graduado do corpo de saúde do exército boliviano, durante uma retirada de tropas bolivianas, Ibáñez Benavente recebeu autorização para contaminar com culturas do cólera fontes de água potável localizadas na rota do exército paraguaio, que avançava. Os soldados bolivianos haviam sido vacinados contra doença antes de serem enviados para a guerra, mas os paraguaios aparentemente não. Esse experimento de guerra biológica, no entanto, fracassou, não produzindo os resultados esperados. Sobre essa questão e o papel desempenhado por Ibáñez Benavente na Guerra do Chaco, ver Farcau (1996). Para uma visão mais condescendente da vida e da carreira do médico boliviano, inclusive de sua participação na Guerra do Chaco, ver Guaraz Gutiérrez (1996).

[202] Na verdade, a literatura sobre a política externa norte-americana sob a administração de Franklin D. Roosevelt é extensa e controversa. Para uma análise mais recente e global

sobre o tema, ver Dallek (1995) e Campos (2006). Para uma análise clássica, ver Moura (1984).

[203] Ver também Fenwick (1942), Moura (1980), Tota (2000) e Cytrynowicz (2000).

[204] Para a história da Associação de Saúde da Fronteira México-Estados Unidos, que teria um papel de destaque alguns mais tarde no lançamento do programa de erradicação de *Ae. aegypti* nos Estados Unidos, ver Romero Álvarez (1975).

[205] O documento "Hemisphere Economic Policy", de autoria de Nelson Rockefeller, pode ser encontrado em Rowland (1947).

[206] Diário de Soper, 19 a 22 de dezembro de 1941 (FLS Diary, November 1st - December 31, 1941), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 9.

[207] Carta confidencial de Sawyer para Soper, 10 de junho de 1942 (FLS Diary, June 1st - September 7, 1942), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 11.

[208] Report of the Rockefeller Foundation Health Commission (Vol. 1, June 1940 - June1941), RAC, RG 1.1, Série 700, Caixa 5, Pasta 31.

[209] Para uma discussão geral sobre a invenção, os primeiros testes e o uso do DDT durante a Segunda Guerra Mundial, ver Russel (1955) e Siddiqi (1995). Para uma abordagem que enfatiza os perigos que o DDT pode oferecer para a vida humana, os animais selvagens e o meio ambiente em geral, ver Carson (1962).

[210] Sobre os experimentos com o DDT realizados no Reino Unido e nos Estados Unidos, ver Harrison (2004). Para uma discussão sobre o papel da Fundação Rockefeller nos testes iniciais com o novo inseticida e o seu uso durante a Segunda Guerra Mundial, ver Stapleton (1998).

[211] Certamente a relação conturbada de Soper com os seus superiores militares na Comissão do Tifo do Exército Norte-Americano contribuiu para que ele recusasse a medalha concedida a todos os seus membros, em reconhecimento aos serviços prestados durante a Segunda Guerra Mundial. Como destaca Farley (2004: 130), os militares que faziam parte da Comissão consideravam Soper um "indivíduo irascível". O próprio diretor da Comissão, Coronel Leon Fox, não nutria maiores simpatias por ele, descrevendo-o como uma pessoa ordinária e "simplesmente um estúpido".

[212] Soper. Insecticide Resistance and Vector Control – Seventeenth Report of the WHO Expert Committee on Insecticides (1970), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 52.

[213] As estimativas sobre o número de casos de malária e a mortalidade provocada pela doença na região de Pontine, na Itália, podem ser encontradas em Snowden (2006). Importante destacar que o maior vetor da malária na região era o mosquito *Anopheles labranchiae*, que prefere se reproduzir em água salobra. O sistema de drenagem e as melhorias na agricultura foram empregados na Itália também como formas de reduzir os depósitos de água salobra e, consequentemente, manter a malária sob controle. Sobre essa questão e o desastre sanitário provocado pelo ato dos alemães, ver especialmente o capítulo 7 do livro de Snowden: "Creating disaster: nazism and bioterror in the pontine marshes".

[214] Sobre essa questão, ver Snowden (2006), especialmente o capítulo 8: "Fighting disaster: DDT and old weapons".

[215] Uma narrativa detalhada sobre as relações médicas e políticas entre o Reino Unido e o Egito nos anos da Segunda Guerra Mundial, especialmente em relação à epidemia de malária no país e ao envolvimento da Fundação Rockefeller no combate à doença, pode ser encontrada em Gallagher (1990).

216 Posteriormente, Soper observou que a reação das autoridades egípcias diante da invasão do país pelo mosquito *Anopheles gambiae* assemelhou-se àquela observada em Natal, quando da identificação do mosquito em 1930. Assim como no Brasil, no Egito também pairavam dúvidas sobre a identidade da epidemia na zona invadida, suspeitando-se que podia tratar-se de febre amarela. Isso porque os graves sintomas e as altas taxas de mortalidade causadas pela epidemia não eram comuns na malária endêmica leve do Egito (Soper & Duffy, 1979).

217 "Manual de operações do serviço de malária do Nordeste do Brasil" (4 vol.), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série X, Caixa 53, Pasta 7. A versão em inglês desse manual foi entregue a Shousha Bey em 2 de fevereiro de 1943, no Cairo.

218 Para uma versão recente e em português desse livro, ver Soper e Wilson (2011).

219 A possibilidade de uma campanha de erradicação de *Anopheles gambiae* no Sudão já havia sido antecipada por Soper em um relatório elaborado em 1940 para a Fundação Rockefeller, no qual ele afirmava que os criadouros de mosquito haviam-se tornado um problema importante ao longo do Rio Nilo e de seu sistema de irrigação. Essa campanha, no entanto, só seria implementada anos mais tarde. Sobre a questão, ver Soper e Wilson (1943). Sobre a posterior campanha de erradicação de *Anopheles gambiae* no Sudão, ver Lewis (1949).

220 Diário de Soper, 15 de janeiro de 1943 (FLS Diary, January 1st - February 28, 1943), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 14. Anos depois, em seu livro de memórias, ele escreveria: "saí da reunião com a impressão de que não havia ganho a partida" (Soper & Duffy, 1979: 250-251).

221 Diário de Soper, 22 de janeiro de 1943 (FLS Diary, January 1st – February 28, 1943), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 14.

222 Carta de Soper para o dr. Aly Tewfik Shousha Bey (7p.), Cairo, 25 de janeiro de 1943. Cartas de Soper para Sawyer, Cairo, 28 e 31 de janeiro de 1943 (FLS Diary, January 1st – February 28, 1943), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 14; Carta de Soper para Alexander Kirk, U.S. Ambassador, Cairo, 27 de janeiro de 1943, RAC, RG 1.1, Série 485, Caixa 2, Pasta 15.

223 Diário de Soper, 28 de janeiro e 2 de fevereiro de 1943 (FLS Diary, January 1st – February 28, 1943), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 10, Pasta 14.

224 Os antagonismos entre os três grupos se relacionam com a própria estrutura do Estado egípcio na época. A independência do Egito em relação ao Reino Unido, alcançada em 1922, foi apenas nominal, uma vez que o governo britânico havia resguardado para si o direito de intervir nos assuntos internos do país. Em 1923, com a promulgação de sua primeira constituição, o Egito virou uma monarquia constitucional. No ano seguinte, as eleições para o parlamento deram a vitória ao partido nacionalista Wafd, que defendia a libertação total do país do Reino Unido. Após uma nova vitória eleitoral do partido, o rei Fuad I decretou a dissolução do parlamento e impôs uma nova constituição, que aumentava o poder da monarquia. Com a sua morte em 1936, o trono foi ocupado por seu filho Farouk I (1936-1952) que, em uma tentativa de conter as rivalidades internas, decidiu restabelecer a Constituição de 1923. Novas eleições foram, então, convocadas e o partido Wafd saiu-se novamente vitorioso, formando o novo governo. Ainda em 1936, o Egito e o Reino Unido assinaram um tratado que reduzia a presença das forças armadas britânicas no país e conformava uma aliança militar entre as duas nações. A eclosão da Segunda Guerra Mundial, no entanto, levou o Reino Unido a aumentar a sua presença militar na região do Canal de Suez, o que contribuiu para o fortalecimento dos grupos

nacionalistas no âmbito interno. Em 1942, então, o rei Farouk I, pressionado pelo embaixador britânico, nomeou um novo governo do partido Wafd, que havia ratificado o tratado de 1936, decisão que abalou o seu prestígio no movimento nacionalista egípcio, mas que havia deixado o Reino Unido mais seguro quanto à posição do Egito na Segunda Guerra Mundial. Nahas Paxá tornou-se, então, primeiro-ministro, colaborando com as forças aliadas até o término da Segunda Guerra Mundial (Stadiem, 1991).

225 Soper. Report to the Minister of Public Health (Cairo, 19 de maio de 1944), RAC, RG 1.1, Série 485, Caixa 2, Pasta 16.

226 Kerr. Malaria in Egypt (1968) (Unpublished Manuscript), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série X, Caixa 53.

227 Soper afirma em sua autobiografia que os britânicos tinham sérias dúvidas sobre a possibilidade de eliminar todos os criadouros do mosquito *Anopheles gambiae* em uma extensão de centenas de quilômetros ao longo do Vale do Rio Nilo, mas desconfiavam mais ainda da possibilidade de alcançar esse objetivo com pessoal egípcio (Soper & Duffy, 1979).

228 O médico Paulo Cesar de Azevedo Antunes (1901-1974) ingressou no Serviço Cooperativo de Febre Amarela do Brasil (SCFA) em 1934 a convite de Soper. Como membro do SCFA, nos anos seguintes ele foi enviado para a Colômbia, com o objetivo de realizar estudos sobre a epidemiologia da febre amarela na região de Restrepo, onde havia surgido uma epidemia da doença em virtude da grande derrubada de árvores em algumas localidades. Nessa ocasião, Antunes observou que, com o ingresso do homem em áreas de floresta virgem, os macacos que habitavam a região fugiam para o interior da mata, privando os mosquitos de sua fonte habitual de sangue. Estes, então, passavam a picar o homem, transmitindo-lhe o vírus da febre amarela, caso estivessem infectados. Diante dessa constatação, ele se dedicou a investigar possíveis vetores da doença, fornecendo a Soper muitas informações que seriam utilizadas por ele em seus trabalhos sobre a febre amarela silvestre. De volta ao Brasil, Paulo Antunes prosseguiu com as suas pesquisas sobre a transmissão da doença no Laboratório de Febre Amarela da Fundação Rockefeller, então ainda localizado em Salvador. Em 1939, ele foi convidado por Soper para assumir o cargo de diretor assistente do Serviço de Malária do Nordeste, instituído mediante um convênio entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro com o objetivo de erradicar *A. gambiae* daquela região. Para maiores informações sobre a sua vida e carreira, ver Galvão (1974).

229 Carta de Bruce Wilson para George Strode, 7 de janeiro de 1945. Carta de Soper para Strode, 4 de março de 1945, ambas em: RAC, RG 1.1, Série 485, Caixa 2, Pasta 17.

230 Kerr. Final Technical Report of the Director for Months October, November and December 1945, RAC, RG 5.3, Série 485, Caixa 214.

231 Um rico relato sobre campanha de erradicação de *A. gambiae* no Alto Egito foi escrito pelo próprio subsecretário de Estado de Saúde do Egito e pode ser encontrado em Shousha Bey (1948).

232 Diário de Soper, 4 de janeiro de 1946 (FLS Diary, January – September, 1946), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 11, Pasta 5.

233 A erradicação do mosquito *Anopheles gambiae* do Egito, no entanto, não seria definitiva. Em 1950, o vetor da malária foi encontrado novamente no país, evidenciando que as autoridades britânicas estavam certas o tempo todo acerca da longa presença do inseto no país (Carta de John Weir para George Strode, 27 de setembro de 1950, RAC, RG 1.1, Série 485, Caixa 2, Pasta 18.

[234] No relatório não publicado sobre a campanha no Egito, Kerr concluiu que a redução da densidade do mosquito *Anopheles gambiae* era suficiente para interromper a transmissão e que, portanto, a erradicação da espécie não era necessária (Kerr. Malaria in Egypt (1968) (Unpublished Manuscript), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série X, Caixa 53).

[235] A erradicação de uma espécie nativa já havia sido tentada anteriormente no Peru, embora sem sucesso. Em 1941, Hackett, que retornava à América do Sul após 16 anos na Itália combatendo a malária a serviço da Fundação Rockefeller, informou a Sawyer que o país parecia ser o lugar ideal para uma tentativa de erradicação da espécie *Anopheles pseudopunctipennis,* o único vetor da malária na costa do Pacífico. Isso porque as poças que serviam de criadouros para o mosquito desapareciam durante a estação das secas e os dois vales do rio eram separados por um deserto. Desse modo, ao menos em teoria, o vetor poderia ser eliminado de um vale de cada vez sem que houvesse o risco de reinfestação. Entretanto, ao fim de seu primeiro ano a campanha foi suspensa em virtude de um surto da doença de Carrión, também chamada de verruga-peruana. A enfermidade, endêmica nos vales peruanos, é causada por uma bactéria que habita as células sanguíneas, transmitida por um pequeno inseto flebotomíneo e se caracteriza por erupções cutâneas. Sua eclosão interrompeu o programa. Sobre a doença de Carrión no Peru, ver Cueto (1996b). Para a campanha peruana contra a malária, ver Cueto (1998). Mais detalhes também podem ser encontrados em RAC, RG 1.1, Série 331, Caixa 5, Pasta 42.

[236] Missiroli. Malaria in Italy during the war and proposed control measures for the year 1945; Soper. Memorandum for Lt. Col. Dudley Reekie. s/d, 1945, ambos em: RAC, RG 1.1, Série 700, Caixa 12, Pasta 103. A Sardenha era uma das áreas mais infestadas pela malária da região do Mediterrâneo. Situada em uma região vulcânica, o seu relevo proporcionava criadouros perfeitos para várias espécies de anofelinos, incluindo *Anopheles labranchiae,* o principal vetor da malária na Itália. Como destaca Farley (2004), uma campanha na Sardenha contra o mosquito teria que enfrentar não só os obstáculos geográficos da região, como também uma sociedade estática, iletrada e empobrecida, o que não seria tão fácil como Soper havia imaginado.

[237] Para uma detalhada análise da criação da UNRRA e de suas atividades nos anos finais da Segunda Guerra Mundial, escrita por seu diretor-geral adjunto no período 1944-1947, ver Jackson (1986).

[238] Hackett. History of the International Health Division: Lab and Field (Unpublished) (Capítulo 9), RAC, RG 3, Série 908, Caixa 5, Pasta 37.

[239] Carta de Soper para Strode, 22 de janeiro de 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104.

[240] Carta de Kerr para Strode, outubro de 1945, RAC, RG 1.1, Série 485, Caixa 2, Pasta 17.

[241] *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia.* Art. 2. Roma: Sabata, 20 Aprile, 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104. A campanha contra a malária na Sardenha foi analisada em três artigos: Fantini (1991), Farley (1994) e Brown (1998).

[242] Carta de Soper para Strode, 18 de janeiro de 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104.

[243] *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia.* Art. 2. Roma: Sabata, 20 Aprile, 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104.

[244] Sobre as diferentes interpretações acerca das metas e resultados do programa da Sardenha, ver Brown (1998).

[245] Aitken. Report on an anopheline survey of the island of Sardinia during the summer of 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 15, Pasta 124.

[246] Carta de Aitken para Soper, 1 de junho de 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104.

[247] Carta de Kerr para Soper, 6 de junho de 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104.

[248] Carta de Strode para Soper, 18 de junho de 1946; Carta de Soper para Strode, 22 de junho de 1946; Carta de Strode para Soper, 26 de junho de 1946, todas em: RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104.

[249] Carta de Strode para Sawyer, 10 de outubro de 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 105.

[250] Relatório de Aitken, 5 de julho de 1947, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 110.

[251] Carta de Kerr para Strode, 8 de setembro de 1947, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 110.

[252] Carta de Logan para Perrotti, 13 de outubro de 1947, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 111.

[253] Carta de Paul Russell para George Strode, 19 de junho de 1948, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 112.

[254] Carta de Logan para Grant, 4 de agosto de 1948, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pastas 112 e 113.

[255] Carta de Russell para Strode, 19 de junho de 1948, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 112.

[256] Report Sardinia Anopheles Eradication Project, 7 de agosto de 1948 (Minutes, Scientific Directors Meeting, I.H.D., September 24, 1948), RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 113.

[257] Carta de Logan para Spallicci, 3 de dezembro de 1948, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 113. Os comunistas descreviam o ERLAAS como uma "organização neofascista", acusando-a de estar pronta para se apossar da Sardenha e transformá-la em uma gigantesca base aérea norte-americana. A intensidade dos ataques atingiu um nível tal que o presidente da Fundação Rockefeller, Chester Barnard, solicitou ao departamento de relações públicas do ERLAAS que preparasse um relatório confidencial sobre o comunismo na região. O relatório destacava que o Partido Comunista Italiano havia sido fundado pelo filósofo Antônio Gramsci – nascido na Sardenha – a partir de uma cisão do Partido Social Democrata, de forte inserção social na região. O colapso da agremiação social-democrata durante o regime fascista havia pavimentado o caminho para o crescimento do Partido Comunista na Sardenha no pós-Segunda Guerra Mundial e contribuído para que ele criasse uma sólida base de apoio, sobretudo nas áreas mineradoras. Entretanto, prosseguia o relatório, embora tivesse o apoio de $^{1}/_{5}$ da população da região, era improvável que o trabalho do ERLAAS fosse prejudicado pelos comunistas "enquanto se limitasse às medidas antimalária (Chesney. Report on Communism to Rockefeller Foundation [January 7, 1949], RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 114).

[258] Russell. Confidential memo to JBG (Grant) from PFR (Russell) regarding ERLAAS (August 1949), RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 115.

[259] Logan. Report (October 17, 1949), RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 13, Pasta 115.

[260] Carta de Russell para Missiroli, 3 de novembro de 1949, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 14, Pasta 117.

[261] Carta de Russell para Strode, 27 de junho de 1950, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 14, Pasta 117.

[262] Logan. "Annual Report ERLAAS, 1950", RAC, RG 1.1, Série 700, Caixa 15, Pasta 131.

[263] Ver, especialmente, o capítulo X: "Critical review".

[264] Aitken. Report on a Trip to Sardinia to Review the Island's Malaria Program, 27 Sept – 11 Oct, 1964, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 15, Pasta 125.

[265] Farley (2004: 284-285) argumenta que a extinção da DSI em 1951 não representou o fim das ideias e métodos preconizados pela agência internacional, que podem ser encontrados nas atividades da OMS, particularmente no Programa de Erradicação da Malária (Malaria Eradication Program), implementado a partir de 1955. O autor destaca que a principal concepção da DSI levada para programas como o da malária foi a ideia de que a erradicação das doenças deveria preceder ao desenvolvimento social e econômico e que o principal meio para atingir esse objetivo era a adoção de campanhas verticais. Dessa forma, havia a crença de que programas como esse poderiam ser levados a qualquer população, independente do estágio de desenvolvimento em que se encontravam.

[266] Em 1951 a DSI foi reorganizada, passando a chamar-se Divisão de Medicina e Saúde Pública, mais tarde renomeada de Divisão de Educação Médica e Saúde Pública. Dessa forma, a Fundação Rockefeller não encerrou de imediato as suas atividades no campo da saúde internacional. Sobre a reorganização da Fundação Rockefeller em princípios dos anos 1950, ver Memorandum to members of the staff of IHD at home and abroad, The Rockefeller Foundation: a review for 1950 and 1951 (by Chester I. Barnard – President of the Foundation); Memorandum to DMPH Staff, RF Commission on Review on the IHD (*RF Bulletin*, apparently Vol. 2, Feb. 15, 1951), todos em: RAC, Personal Papers, Kenneth C. Smithburn Papers (1922-1974) (doravante PP/Kenneth Smithburn Papers), Série 1, Caixa 7, Pasta 67.

[267] Sobre a economia latino-americana no período compreendido entre o término da Primeira Guerra Mundial e o final dos anos 1940, ver, entre outros, Bulmer-Thomas (1998) e Thorp (1998).

[268] Sobre o processo de urbanização, o aumento da participação política e as melhorias nos índices de escolaridade e alfabetização na América Latina, ver, entre outros, Hartlyn e Valenzuela (1998) e Whitehead (1998).

[269] Sobre os serviços cooperativos de saúde pública implementados pelo IAIA, ver Dunham (1944, 1945).

[270] Diplomatic notes and contracts between Brazil and the United States of America from 1942-1952 in the development of a bilateral cooperative health program. Rio de Janeiro, Brazil: S.E.S.P., 1942-1952. National Library of Medicine (NLM), History of Medicine Division, Modern Manuscripts Collection, Ms C 467, Fundo The Eugene P. Campbell Papers (1941-1986) (doravante NLM, Ms C 467, Campbell Papers), Caixa 7, Pasta 12; A report on consultation in the Brazil-United States Cooperative Health program, 1942-1955, NLM, Ms C 467, Campbell Papers, Caixa 7, Pasta 13. Para o acordo entre o governo brasileiro e o IAIA para a criação de um programa de saúde no Brasil e os principais acontecimentos que antecederam a sua assinatura, ver Sanitation Project for Northeast Brazil (19/05/1942), Organization of Health Project in Brazil (02/06/1942) Understanding Between the Health

and Sanitation Division, Institute of Inter-American Affairs and the Central Administrative Services Office, Office of the Coordinator's Special Representative, Rio de Janeiro, Brazil (20/07/1943), todos em: National Archives and Records Administration (NARA), College Park, MD (doravante NARA), RG 469, Caixa 3, Pasta: Brazil – The Institute of Inter-American Affairs – Health and Sanitation – Correspondence.

[271] Campbell. Memoir of a United States Foreign Assistance Employee, 1942-1975, NLM, Ms C 467, Campbell Papers, Caixa 7, Pastas 10 e 11. As atividades de Campbell no IAIA e no SESP estão documentadas nas publicações que estes órgãos mantiveram: "Health and Sanitation Division Newsletter", 1942-1950, e *Boletim do SESP*, 1943-1959, respectivamente. As duas coleções foram doadas pelo próprio Campbell à National Library of Medicine (NLM) e podem ser consultadas na seção de obras impressas da instituição. Em 1947, Campbell estaria presente na XII Conferência Sanitária Pan-Americana, que elegeria Soper para a direção da Repartição Sanitária Pan-Americana e definiria as relações da RSP com a OMS.

[272] A Principle for Peace: new pattern for cooperation between nations. (*Health and Sanitation Division Newsletter,* 77: 1-2, 1945).

[273] Carta de Cordell Hull to Clarence Cannon, 6 de junho de 1942, *apud* Rowland (1947).

[274] Nomeado o General Dunham para a presidência do IAIA. *Boletim do SESP,* 17: 10, 1944. Ver também: Reforma do Instituto de Assuntos Interamericanos. *Boletim do SESP*, 21: 6, 1945.

[275] Para a história do Departamento de Estado norte-americano e de cada uma das agências voltadas para a política externa sob sua jurisdição, em diferentes épocas, incluindo o escritório de assuntos interamericanos, bem como a biografia dos secretários de Estado, ver o interessante website U.S. Department of State – Office of the Historian. Disponível em: <http://history.state.gov/>. Acesso em: 15 jan. 2015.

[276] Statement by President Truman. *Health and Sanitation Division Newsletter,* 94: 3, 1946.

[277] Tem novo presidente o Institute of Inter-American Affairs. *Boletim do SESP*, 40: 11, 1946.

[278] Statement by President Truman. *Health and Sanitation Division Newsletter,* 94: 3, 1946.

[279] Carta de Campbell para Daniels (October 9, 1946), attached to Planning for the Future of SESP, presented by the Field Party of the IIAA, p. 2-3, NARA, RG 229, Caixa 1499, Pasta: Health and Sanitation Division, Brazil.

[280] Halle Jr. Significance of the Institute of Inter-American Affairs in the Conduct of U. S. Foreign Policy. *Department of State Publication 3239*, Interamerican Series 36, reprint from Department of State Bulletin of May 23, June 13, June 27, and July 11, 1948, NARA, RG 287, Caixa S214, Pasta 1789.

[281] United States Public Health Service, Bureau of State Service. 10 years of cooperative health programs in Latin America: an evaluation (mimeo.), Washington D.C.: U.S. Public Health Service, 1953, NLM, Ms C 467, Campbell Papers, Caixa 7, Pasta 14.

[282] De acordo com Escobar (1995: 31), a expressão Terceiro Mundo não existia antes da Segunda Guerra Mundial, tendo sido forjado no pós-1945 para designar a África, a Ásia e América Latina, continentes onde viviam, na época, dois terços dos pobres do planeta. O conceito foi, então, um produto da atmosfera do pós-guerra, constituindo-se em uma ferramenta de trabalho no processo em que o Ocidente redefiniu a si mesmo e o resto do mundo. O antropólogo colombiano destaca que a principal característica do Terceiro Mundo era a pobreza em larga escala e as soluções para superar essa realidade eram o

crescimento econômico e o desenvolvimento, que passaram a ser tomados como duas verdades universais.

283 Para uma visão crítica do Ponto IV, escrita no calor dos acontecimentos, ver Hazlitt (1950), disponível em: <http://mises.org/books/illusions_of_point_four_hazlitt.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015. Para um acervo riquíssimo de fontes primárias sobre o Ponto IV, incluindo entrevistas com alguns dos principais personagens envolvidos na sua formulação e implementação, ver o site da Harry S. Truman Library & Museum, instituição localizada no estado do Missouri, disponível em: <www.trumanlibrary.org/hstpaper/point4.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

284 Um breve histórico de cada uma dessas agências, a legislação que as regulava e a descrição de suas funções podem ser encontradas nos sites do Departamento de Estado e do National Archives and Records Administration (Nara), nos endereços: <www.archives.gov/research/guide-fed-records/groups/469.html>. e <http://history.state.gov/departmenthistory/people/principalofficers>., respectivamente. Acessos em: 12 jan. 2015. Sobre a cooperação internacional dessas agências em programas de modernização da agricultura no Brasil, ver Silva (2009).

285 O período compreendido entre os anos de 1935 e 1950 foi marcado por um grande desenvolvimento biomédico. Se antes de 1934, apenas a sífilis, a malária e a doença do sono dispunham de drogas eficientes para o seu tratamento e existiam vacinas eficazes somente para a varíola e a difteria, nas décadas de 1940 e 1950 houve o desenvolvimento de novas drogas, como a penicilina e a cloroquina (usada no tratamento da malária), vacinas, como a 17D contra a febre amarela, e antibióticos altamente eficazes. Tais inovações contribuíram para a difusão da ideia de que o conhecimento científico disponível então era capaz de propiciar a eliminação de doenças infecciosas e trazer progresso, criando um ambiente de "otimismo sanitário". Sobre esse contexto, ver Staples (2006) e Campos (2006).

286 Sobre esta discussão na VIII Assembleia Mundial da Saúde realizada em Genebra, em 1955, ver Tucker (2001).

287 Para uma tipologia das organizações internacionais, ver Herz e Hoffmann (2004).

288 Declaração conjunta das delegações do Brasil e da China relativa à cooperação em matéria de saúde internacional (*apud* Souza, 1948). Ver também Cueto (2007a).

289 Para uma análise sobre os interesses que motivaram a criação da APHA e a participação de profissionais da saúde pública canadenses, mexicanos e cubanos na Associação, ver Carrilo e Birn (2008).

290 Discurso pronunciado no plenário da Assembleia Geral da Organização Internacional das Nações Unidas, realizada em São Francisco, em maio de 1945, justificando a Declaração Conjunta das Delegações do Brasil e da China relativa à cooperação em matéria de saúde internacional (*apud* Souza, 1948: 12).

291 Agência Internacional de Saúde: Memorando apresentado pela Delegação do Brasil em 14 de maio de 1945 à Conferência das Nações Unidas para a Organização Internacional. (*apud* Souza, 1948: 56).

292 Discurso pronunciado no plenário da Assembleia Geral da Organização Internacional das Nações Unidas, realizada em São Francisco, em maio de 1945, justificando a Declaração Conjunta das Delegações do Brasil e da China relativa à cooperação em matéria de saúde internacional (*apud* Souza, 1948: 13-15).

[293] Sobre a Organização de Saúde da Liga das Nações e as suas atividades no período compreendido entre 1921 e 1946, ver Borowy (2009).

[294] Criado em 1922 como órgão de divulgação da RSI, a publicação tinha inicialmente o nome de *Boletim Pan-Americano de Saúde* e os seus artigos versavam, em sua maioria, sobre as doenças contagiosas que deviam ser notificadas pelos países-membros da organização como forma de impedir a propagação de epidemias no continente. Sobre o *BOSP*, ver Bustamante (1972).

[295] A ratificação final do Código Sanitário Pan-Americano só seria alcançada em 1936. Sobre as discussões em torno da sua aprovação, ver Wegman (1977) e Rebelo (2010). Para saber mais sobre as preocupações de um importante sanitarista latino-americano com o futuro da RSP após a criação da OMS, ver Paz Soldán (1949).

[296] Discurso del Doctor Hugh S. Cumming. *Diario de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana,* n. 1, p. 7, Caracas, 13 de janeiro de 1947. Unión Panamericana (1947).

[297] Exposición del Dr. Thomas Parran. *Diario de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana,* n. 1, p. 4, Caracas, 13 de janeiro de 1947. Unión Panamericana (1947).

[298] La Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud. *Diario de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana,* n. 1, p. 7, Caracas, 13 de janeiro de 1947. Unión Panamericana (1947).

[299] Resolution concerning the agreement between the Pan American Sanitary Bureau and the WHO. Unión Panamericana (1947).

[300] Um processo similar de *latino-americanização* ocorreu, na mesma época, na União Pan-Americana, organização a qual a OSP era ligada. Renomeada de Organização dos Estados Americanos (OEA), o recrutamento de latino-americanos para o organismo era parte da estratégia adotada pelos norte-americanos durante a Guerra Fria para manter a América Latina como sua área de influência. Cueto (2007b) afirma que 66% do orçamento da OEA para o ano de 1956 – cerca de 2,3 milhões de dólares – foi pago pelos Estados Unidos.

[301] Diário de Soper, 2 de setembro de 1947 (FLS Diary, September 1 - December 30, 1947), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 11, Pasta 9. Farley (2008) expressa uma ideia bastante negativa dos esforços empreendidos pela OSP para manter a sua autonomia e continuar existindo. Na sua opinião, tal postura representava uma negação, por parte dos especialistas em saúde pública latino-americanos, da visão de Chisholm de uma mundo unificado em perspectiva sanitária, ao contrário daquele dividido em blocos de votação que, em pouco tempo, seria observado nas discussões travadas na OMS. Para uma visão positiva da intenção da OSP de manter a sua autonomia diante da criação da OMS, ver Cueto (2007a).

[302] René Sand (1877-1953) foi um dos mais destacados líderes mundiais na área da saúde pública, tendo atuado como secretário-geral da Liga das Sociedades da Cruz Vermelha, fundador e primeiro presidente da Associação de Hospitais Internacionais e Secretário Executivo do Ministério da Saúde da Bélgica. Em 1945, tornou-se Professor Catedrático de Medicina Social na Universidade de Brussel. Sand participou ativamente da OSLN e da OMS, recebendo, inclusive, a medalha León Bernard, em 1951, pelos serviços prestados à medicina e à saúde pública internacional. O seu livro *The Advance to Social Medicine* (1952) [*Vers la Médicine Sociale,* publicado originalmente em 1948] é considerado a base do pensamento médico social que influenciou decisivamente as atividades da OSLN e da própria OMS. Para maiores informações sobre a sua vida e carreira, ver: Sand. Editorial. *American Journal of Public Health*, 43(11): 1.476-1.477, 1953.

[303] Soper escreveu em suas memórias que, "como diretor da RSP", ficou feliz ao constatar que a OMS não foi capaz de socorrer financeiramente a OSP imediatamente. Caso a nova organização estivesse dotada de fundos naquele momento, prossegue ele, o mais provável era que a OSP tivesse se subordinado à OMS (Soper & Duffy, 1979: 341).

[304] Siddiqi (1995) argumenta que a questão da descentralização era controversa desde o início. O problema não era a ideia em si, mas sim as diferentes opiniões sobre a sua extensão e composição. Na estruturação da OMS, a descentralização acabou materializando-se no estabelecimento de organizações regionais ao invés de administrações descentralizadas. O autor considera a existência da OSP e as controvérsias suscitadas pela possibilidade de sua integração à OMS como circunstâncias que determinaram, à época, esse formato organizacional.

[305] World Health Organization and Pan American Sanitary Bureau. Agreement between the World Health Organization and Pan American Sanitary Organization. In: *Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau to the Members Governments of the Pan American Sanitary Organization*. [Pan American Health Organization], 1950. p. iii-vi; Soper. Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. January 1947-April 1950, p. 171 (OSP, 1952a).

[306] Sobre essa questão, ver Godlee (1994).

[307] República del Paraguay. decreto n. 45.421, por el cual se aprueba el reglamento del Servicio de Profilaxia contra la fiebre amarilla en el Paraguay (Asunción, Noviembre 8 de 1932), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1.

[308] Obituário de Waldemar da Silva Sá Antunes. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*. Pp 641-642 (s/ref.), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 14, Pasta 6.

[309] Soper. Eradication of *Aedes aegypti* from Paraguay, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 8, Pasta 2.

[310] Severo. Plano de Combate ao *Stegomyia* no Paraguai (1/10/46), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1.

[311] Severo. Plano de Combate ao *Stegomyia* no Paraguai (1/10/46), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1, p. 1-2.

[312] Severo. Plano de Combate ao *Stegomyia* no Paraguai (1/10/46), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1. p. 9.

[313] Severo. Plano de Combate ao *Stegomyia* no Paraguai (1/10/46), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1. p. 14, 16-17.

[314] Severo. Plano de Combate ao *Stegomyia* no Paraguai (1/10/46), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1. p. 14-15.

[315] Sobre o processo de reorganização interna da Fundação Rockefeller e a atuação de sua DSI durante a Segunda Guerra Mundial, ver Farley (2004).

[316] Diário de Soper, 22 de abril de 1947 (FLS Diary, May 28 - August 31, 1947), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 11, Pasta 8.

[317] Sobre essa questão, ver Sá e colaboradores (2009), Sá e Silva (2010) e Silva (2010, 2011).

[318] Fróes. Relatório sobre uma viagem de intercâmbio cultural aos Estados Unidos (julho a outubro de 1943) a convite do governo norte-americano (Department of State, Division of Cutural Relations), NARA, RG 59, Caixa 3841.

[319] Fróes. Relatório sobre uma viagem de intercâmbio cultural aos Estados Unidos (julho a outubro de 1943) a convite do governo norte-americano (Department of State, Division of Cutural Relations), NARA, RG 59, Caixa 3841, p. 2-5.

[320] Fróes. Relatório sobre uma viagem de intercâmbio cultural aos Estados Unidos (julho a outubro de 1943) a convite do governo norte-americano (Department of State, Division of Cutural Relations), NARA, RG 59, Caixa 3841, p. 8, 10 e 13.

[321] Fróes. Relatório sobre uma viagem de intercâmbio cultural aos Estados Unidos (julho a outubro de 1943) a convite do governo norte-americano (Department of State, Division of Cutural Relations), NARA, RG 59, Caixa 3841, p. 16.

[322] Today New Bedford has a visitor, who deserves the city's heartiest greetings. He is Dr. Heitor P. Fróes of Brazil, a scientist who has specialized in tropical diseases and a writer who is interested in learning about the United States. Dr. Fróes deserves New Bedford's warmest welcome for two good reasons. As a scientist, he has worked to help conquer diseases of the tropics which have been little know in our country but to which thousands of our fighting men now are exposed as they go to the numerous tropical battle areas involved in this war, as an author and speaker dr. Fróes has shared the fruits of his research with U.S. scientists just as he will be able to take back to his native Brazil the observations and impressions of his visit among us. When man of such eminence will give their time and their abilities to studying their neighbors, we can be sure the cause of the good neighbor policy and of better worldwide relations is advancing. For here is a man skilled in observation, in research, in human action and reactions who can do much to bring people of different back-grounds closer together (*Standard Times,* August 20, 1943 a*pud* Fróes. Relatório sobre uma viagem de intercâmbio cultural aos Estados Unidos (julho a outubro de 1943) a convite do governo norte-americano (Department of State, Division of Cutural Relations), NARA, RG 59, Caixa 3841, p. 18.

[323] Fróes. Relatório sobre uma viagem de intercâmbio cultural aos Estados Unidos (julho a outubro de 1943) a convite do governo norte-americano (Department of State, Division of Cutural Relations), NARA, RG 59, Caixa 3841, p. 28.

[324] Fróes. Relatório sobre uma viagem de intercâmbio cultural aos Estados Unidos (julho a outubro de 1943) a convite do governo norte-americano (Department of State, Division of Cutural Relations), NARA, RG 59, Caixa 3841, p. 49-50.

[325] Carta de Heitor Praguer Fróes para Fred Soper, Rio de Janeiro, 27 de maio de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

[326] Carta de Heitor Praguer Fróes para Fred Soper, Rio de Janeiro, 27 de maio de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

[327] Antunes. Exposição de motivos endereçada a Heitor Praguer Fróes, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4; Carta de Waldemar S. de Sá Antunes para Heitor Praguer Fróes, Rio de Janeiro, junho 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

[328] Antunes. Exposição de motivos endereçada a Heitor Praguer Fróes, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4; Carta de Waldemar S. de Sá Antunes para Heitor Praguer Fróes, Rio de Janeiro, junho 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

[329] Organización Sanitaria Pan-Americana, *La Prensa,* 27/9/47, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[330] Las Reuniones se iniciarán Mañana, *El Clarín*, 23/9/47 e Hoy se reunirá el consejo directivo de la Organizacion Panamericana de la Salud, *La Nación*, 24/9/47, ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[331] Inician su Labor las Comisiones del C. Panamericano de la Salud, *La Razon*, 25/09/47, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[332] Iniciaron su Labor las Comisiones de la Organización P. de la Salud, *Notícias gráficas*, 25/9/1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[333] Un Millón de Pesos Anuales para la Acción Panamericana, *Critica*, 25/9/1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[334] Health Countries Produce More and Trade More, *The Herald*, 24/9/47, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[335] Tenemos que Asegurar un elevado índice del vigor de la raza, dijo el Presidente, *La Epoca*, 26/9/1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[336] Realizará Hoy Sesión Plenaria del Consejo Sanitario Panamericano, *La Prensa,* 27/9/47; Hubo Sesión Plenaria del Consejo de la O. Panamericana de la Salud, *Democracia*, 28/9/47; El Congreso Sanitario Consideró el Problema de la Fiebre Amarilla, *La Prensa*, 28/9/47, todos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[337] El Congreso de la Salud terminará hoy su actividad, *La Nación*, 2/10/47, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[338] El Congreso de la Salud terminará hoy su actividad, *La Nación*, 2/10/47; Se Clausura esta tarde la Conferencia de la Salud, *La Razon*, 2/10/47, ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 14.

[339] Pan American Sanitary Bureau. Final Report – First Meeting of the Directing Council Pan American Sanitary Organization, Buenos Aires, September 24 – October 2, 1947, p. 3, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12.

[340] Soper. International Health Work in the Americas (texto apresentado na Assembleia Nacional da Saúde, realizada em Washington D.C., em 3/5/48), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IV, Caixa 21, Pasta 7.

[341] Ver, por exemplo, Soper (1955, 1962).

[342] Ver, por exemplo, Siddiqi (1995), especialmente: "Part III. Case Study: The Malaria Eradication Programe"; Litsios (1997); Cueto (2007b), especialmente o capítulo "Global Designs"; Hochman (2007a, 2008a, 2008b); Packard (1997a, 1997b, 1998) e Packard e Brown (1997).

[343] Para uma discussão sobre essa questão, ver Stepan (2011: 119).

[344] A literatura sobre a Guerra Fria é bastante extensa. Com a abertura dos arquivos soviéticos, historiadores têm revisitado o tema e produzido novas análises sobre o período, que marcou as relações internacionais na maior parte da segunda metade do século XX. Da produção mais recente, destaco Gaddis (2005). Para a versão em português do livro, ver Gaddis (2012). Ver também Cohen (1993), Levering (1994), Gaddis (1997) e Vizentini (2004).

[345] Para os impactos da Guerra Fria sobre a América Latina, ver Bethel e Roxborough (1997), Rock (1994), Joseph e Spenser (2008) e Grandin e Joseph (2010).

[346] Sobre a OEA e o seu papel na Guerra Fria, ver Moura (1990: 57-58), Stoetzer (1993) e Sheinin (1996).

[347] Sobre a vida e a carreira de Marcolino Candau, ver: WHO (2015).

[348] A decisão de erradicar a malária das Américas foi tomada pelos delegados das Repúblicas americanas presentes à XIV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada entre 7 e 22 de outubro de 1954, em Santiago do Chile. No ano seguinte, a VIII Assembleia Mundial da Saúde da OMS confirmou a decisão de sua organização regional, conferindo um caráter mundial à campanha. Organización Sanitaria Panamericana. Actas de la Décimocuarta Conferencia Sanitaria Panamericana – Sexta Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (Santiago, Chile, 7-22 de Octubre de 1954). Washington D.C.: OSP/OMS, 1954. *In*: Soper. Summary of Official Action of the Pan American Health Organization on Eradication of *Aedes aegypti*, 1942-1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3) e WHO (1957).

[349] As outras duas "balas mágicas" eram a vacina BCG para a tuberculose e a penicilina para as doenças venéreas.

[350] Sobre essa questão, ver Gillespie (2008).

[351] Diário de Soper, 16 de junho de 1950 (FLS Diary, May 2 - June 30, 1950), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 12, Pasta 3.

[352] Soper. Eradication in international Health, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série VII, Caixa 30, Pasta 10.

[353] Cueto (2007b) relaciona a ideia de Soper de que os países tinham a obrigação de erradicar as doenças com a retórica de lealdade da Guerra Fria. Stepan (2011), por sua vez, argumenta que essa ideia era uma consequência da chamada "lei de Soper", segundo a qual países contíguos tinham a obrigação, lógica e necessária, de erradicar uma determinada doença, caso um deles tivesse alcançado tal objetivo, sob pena de sofrer uma reinfestação e da erradicação fracassar na região. Para essa discussão, ver especialmente o capítulo 3 do seu livro, "Paradoxes: The Rockefeller Era".

[354] Carta de Soper para Waldemar Antunes, 20 de fevereiro de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4.

[355] Carta de Soper para Antunes, 18 de março de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4.

[356] Carta de Antunes para Soper, 28 de maio de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4.

[357] Antunes. Exposição de motivos endereçada a Heitor Praguer Fróes, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 35, Pasta 4; Carta de Waldemar S. de Sá Antunes para Heitor Praguer Froes, Rio de Janeiro, junho 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

[358] República dos Estados Unidos Do Brasil. Decreto N. 21.434 – de 23 de Maio de 1932 – Aprova o Regulamento do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela no Brasil. *Diário Oficial*, Ano LXXI – 44º da República – N. 122 de 26 de Maio de 1932.

[359] Ministério da Saúde do Brasil e Departamento de Endemias Rurais (DNERu). Erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil: Informe à XV Conferência Sanitária Pan-Americana, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[360] Soper. Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work (May 28, 1948), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

[361] Carta de Soper para Ramón Carrillo, Secretário de Saúde Pública da Argentina, 19 de outubro de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1.

[362] Convenio entre el Gobierno del Paraguay y la Oficina Sanitaria Panamericana, Assunción, 13 de outubro de 1947. Para o Decreto de 1932, que discutimos no capítulo anterior, ver: Republica del Paraguay. Decreto n. 45.421, por el cual se aprueba el reglamento del Servicio de Profilaxia contra la fiebre amarilla en el Paraguay (Asunción, Noviembre 8 de 1932), ambos em: NLM, Ms C 359; Soper. Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work (May 28, 1948), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

[363] Diário de Soper, 5 de novembro de 1947 (FLS Diary, September 1 - December 30, 1947), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 11, Pasta 9.

[364] Carta de Soper para Ramón Carrillo, Secretário de Saúde Pública da Argentina, 19 de outubro de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1.

[365] Soper. Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work (May 28, 1948), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

[366] Carta de Soper para Alberto Zwanck, 17 de novembro de 1947, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 1.

[367] Ministerio de Salud Publica (Paraguay). Situación de la Campaña de Erradicación del *Aedes-aegypti* en el Paraguay (Asunción, Julio 6 de 1953), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 2.

[368] A aplicação do DDT nos reservatórios de água como uma maneira de destruir as larvas do mosquito era criticada pela Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (United States Food and Drug Administration). Soper, no entanto, ignorava tais riscos e continuou endossando o procedimento, mesmo depois de reconhecer o crescente problema da resistência de *Aedes aegypti* ao inseticida. Em carta enviada a George Strode, então diretor da Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller (1944-1951), em julho de 1946, ele argumentou que não existiam provas suficientes de que a alta mortalidade de pássaros e coelhos reportada nas áreas onde o DDT estava sendo aplicado era causada pelo inseticida (Carta de Soper para Strode, 24 de julho de 1946, RAC, RG 1.2, Série 700, Caixa 12, Pasta 104). Sobre os perigos que o DDT pode oferecer à vida humana, aos animais selvagens e ao meio ambiente em geral, ver Carson (1962).

[369] Diário de Soper, 2 de março de 1948 (FLS Diary, February 29 - May 31, 1948), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 11, Pasta 11.

[370] Ministerio de Salud Publica (Paraguay). Situación de la Campaña de Erradicación del *Aedes-aegypti* en el Paraguay (Asunción, Julio 6 de 1953), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 2.

[371] República Argentina. Ministerio de Asistencia Social y Salud Publica. Direccion de paludismo y fiebre amarilla. Informe sobre el Program de Erradicación del *Aedes aegypti* (Argentina), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[372] López Fernández. (director del Proyecto No. 28). Desarrolo de la Campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el Uruguay, (Julio de 1953), p. 1, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 6.

[373] López Fernández. (director del Proyecto No. 28). Desarrolo de la Campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el Uruguay, (Julio de 1953), p. 1, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 6, p. 2.

[374] Ministerio de Salud Publica (Uruguai). Departamento de Unidades Sanitarias. Oficina de Control de Vectores. Informe Final de la campaña anti-*aegypti* (1958), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 6.

[375] Fernández (director del proyecto n. 28). Desarrolo de la Campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el Uruguay, (Julio de 1953), p. 1, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 6, p. 3-4.

[376] López Fernández (director del proyecto n. 28). Desarrolo de la Campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el Uruguay, (Julio de 1953), p. 1, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 6, p. 4-5.

[377] Carta de Soper para Lawrence W. Cramer, Secretary General - Caribbean Comission, 3 de novembro de 1948, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 5.

[378] Soper. Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work, Soper. Notes on Financial arrangements for Collaboration in *Aedes aegypti* work (May 28, 1948), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

[379] Smith. DMPH Virus Program (June, 1954) e Virus Research of the Rockefeller Foundation, 1954, ambos em: RAC, RG 1.2, Caixa 6, Pasta 43.

[380] Carta de Soper para Earl C. Chamberlain, 24 de setembro de 1964, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 14, Pasta 19.

[381] Carta de Soper para o Ministro da Saúde da Colômbia, 1 de abril de 1949, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 4.

[382] Convenio-Colômbia, Carta de Adhemar Paoliello para Paulo Antunes, 18 de novembro de 1949, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 4.

[383] Fausto. Situación de la Campaña anti-*Ae. aegypti* en Colombia (submitted at PAHO Conference on *Aedes aegypti* Eradication in the Americas, Washington D.C., 3-5 April 1967), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 4.

[384] Ofício n. D-606, de 3 de novembro de 1948, dirigido ao Senhor Ministro da Educação e Saúde Pública, Dr. Clemente Mariani. *Apud* Franco (1969: 143).

[385] Convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana para Cooperação no Programa Continental de Febre Amarela (Draft prepared by Dr. Paoliello, 18/11/49), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

[386] Convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana para Cooperação no Programa Continental de Febre Amarela (Draft prepared by Dr. Paoliello, 18/11/49), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 1.

[387] Convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana, para cooperação no problema continental da febre amarela. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, 27 de junho de 1950, p. 970. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1950/b_4/>. Acesso em: 20 ago. 2015.

[388] Convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana, para cooperação no problema continental da febre amarela. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, 27 de junho de 1950, p. 970. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1950/b_4/>. Acesso em: 20 ago. 2015.

[389] Convênio entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil e a Repartição Sanitária Panamericana, para cooperação no problema continental da febre amarela. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, 27 de junho de 1950, p. 970. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1950/b_4/>. Acesso em: 20 ago. 2015.

[390] Diário de Soper, 1950 (FLS Diary, May 2 - June 30, 1950), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 12, Pasta 3.

[391] Diário de Soper, janeiro de 1951 (FLS Diary, January 1st - March 30, 1951), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série II, Caixa 12, Pasta 7.

[392] Entre 1954 e 2002, os representantes da OSP no país foram: Hector Argentino Call, Donald Damude, Santiago Renjifo, Raul Vera, Vasquez Vigo, Jorge Athins, Manuel Sirvent-Ramos, Frederico Bresani, Carlos Davila, Florentino Garcia Scarponi, Francisco Salazar, Enrique Najera Morrondo, Ramon Alvarez Gutierrez, Hugo Villegas, Rodolfo Rodrigues, David Tejada, Armando Lopez Scavino e Jacobo Finkelman (Lima, 2002).

[393] Para as discussões que levaram à criação do Ministério da Saúde, ver Fonseca (2007).

[394] Resolution VI: Pan American Conference Recomendation on Unity of Action of all Infested Countries; Organización Sanitaria Panamericana. Actas de la Décimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana – Comité Regional Organización Mundial de la Salud (Ciudad Trujillo, Octubre 1 – 10 de 1950). Washington D.C.: OSP/OMS, 1950. *In:* Soper. Summary of Official Action of the Pan American Health Organization on Eradication of *Aedes aegypti*, 1942-1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[395] Soper. Documentation on the Origin of the United States Obligation to Eradicate *Aedes aegypti*: 1902-1965, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 9.

[396] Organización Sanitaria Panamericana. Actas de la Décimocuarta Conferencia Sanitaria Panamericana – Sexta Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (Santiago, Chile, 7-22 de Octubre de 1954). Washington D.C.: OSP/OMS, 1954. *In:* Soper. Summary of Official Action of the Pan American Health Organization on Eradication of *Aedes aegypti*, 1942-1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[397] Organización Sanitaria Panamericana. Tema 12: Preparativos para la XV Conferencia Sanitaria Pan-Americana. 34ª Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo (CE34/13, 14 mayo 1956). Washington D.C.: OSP/OMS, 1958.

[398] Organización Sanitaria Panamericana. Tema 12: Preparativos para la XV Conferencia Sanitaria Pan-Americana. 34ª Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo (CE34/13, 14 mayo 1956). Washington D.C.: OSP/OMS, 1958.

[399] Report on *Aedes aegypti* Eradication in the West Indies, British Guiana and British Honduras, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[400] Campaña de Erradicación de *Aedes aegypti* en el Uruguay: Informe Final, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[401] Informe sobre la Campaña de Erradicación del *Aedes aegypti* en Nicaragua, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[402] Informe sobre la Campaña de Erradicación del *Aedes aegypti* en la Republica de El Salvador, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[403] Informe final sobre la Erradicación del *Aedes aegypti* en la Republica de Panama, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[404] Informe sobre el Programa de Erradicación del *Aedes aegypti* (Argentina), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[405] Informe de la situación de la Campaña de Erradicación del *Aedes aegypti* hasta 31 de agosto de 1958, en la Republica de Honduras, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[406] Informe de las labores cumplidas por el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla – Departamento de Control de la Fiebre Amarilla Urbana – Durante la verificación final sobre la existencia de *Aedes aegypti* en el territorio ecuatoriano, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[407] Ministério da Saúde do Brasil – Departamento de Endemias Rurais (DNERu). Erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil: Informe à XV Conferência Sanitária Pan-Americana, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[408] Ministério da Saúde do Brasil – Departamento de Endemias Rurais (DNERu). Erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil: Informe à XV Conferência Sanitária Pan-Americana, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[409] Ministério da Saúde do Brasil – Departamento de Endemias Rurais (DNERu). Erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil: Informe à XV Conferência Sanitária Pan-Americana, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 5.

[410] Resolución XXXV. Organización Panamericana de la Salud. *XV Conferencia Sanitaria Panamericana - X Reunión del Comite Regional de la OMS para las Americas, San Juan, Puerto Rico, 21 de septiembre - 3 octubre de 1958: Actas, Resoluciones y Documentos*. (*Edición 27 de Documentos Oficiales*). Washington D.C.: OPAS/OMS, 1959.

[411] Soper. Summary of Official Action of the Pan American Health Organization on Eradication of *Aedes aegypti*, 1942-1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[412] Para uma análise da cooperação interamericana em saúde na era do desenvolvimento, com ênfase na formação de recursos humanos, ver Pires-Alves (2011).

[413] Soper. *Aedes aegypti* – 1966, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série VII, Caixa 31, Pasta 1.

[414] Soper. *Aedes aegypti* - 1966, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série VII, Caixa 31, Pasta 1, p. 2.

[415] Para as primeiras reflexões de Abraham Horwitz sobre as relações entre economia e saúde e sobre a importância do desenvolvimento econômico para a melhoria das condições sanitárias, ver Horwitz (1959, 1961).

[416] Sobre este debate e os seus impactos no Brasil, ver, por exemplo, Bielschowsky (1995) e Abreu (1999). Para uma visão do subdesenvolvimento como um processo estrutural específico, uma forma de organização social no interior do sistema capitalista, e não como uma etapa para o desenvolvimento, pela qual tenham passado os países hoje considerados desenvolvidos, ver Furtado (2007). Sobre a teoria da dependência, ver Cardoso e Falleto (2004).

[417] Informações sobre a vida e a carreira de Leonard A. Scheele, bem como de todos os outros 17 homens e mulheres que ocuparam o posto de cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos estão disponíveis em: <www.surgeongeneral.gov/about/previous/index.html>. Acesso em: 17 out. 2015.

[418] Para os processos de libertação nacional nas colônias europeias na África e na Ásia no pós-Segunda Guerra Mundial, ver Linhares (1981). Sobre o Terceiro Mundo, ver Dowbor (1981), Vigevani (1990) e Love (1998). Para uma análise do surgimento do Terceiro Mundo sob o viés da antropologia cultural, ver Escobar (1995).

[419] Formulado em 1945, o Plano Marshall tinha como objetivo ajudar economicamente as "nações sob ameaça", incluindo-se aí os países da Europa Oriental, além de financiar a reconstrução da parte ocidental do continente. Segundo Malan (1984: 56), com esse Plano os Estados Unidos finalmente conseguiram articular as suas demandas políticas e econômicas no pós-Segunda Guerra Mundial: "por seu intermédio, os EUA não só assumiam

oficialmente o papel de conter militarmente o que era visto como insaciável expansionismo soviético como também aceitavam adiar, para após a reconstrução europeia – protegida por barreiras não tarifárias e controles cambiais –, o projeto formal de integração do capitalismo à escala internacional através da livre convertibilidade entre as moedas dos principais países".

[420] De acordo com Malan (1984: 56), a importância da Inglaterra no projeto norte-americano de uma economia mundial aberta e capitalista se devia ao fato de que "as possibilidades de liberalização em grande escala do comércio internacional dependiam crucialmente do grau de abertura do sistema de preferências imperiais em que se baseava a economia britânica e da sua aceitação do comércio multilateral através da livre convertibilidade da libra esterlina".

[421] Linhares (1981: 64) ressalta que a postura norte-americana de negar o seu apoio aos movimentos de libertação nacional nas colônias europeias na Ásia e na África estava em desacordo com a política de Roosevelt e com os compromissos firmados na "Carta de São Francisco", que deu origem à Organização das Nações Unidas (ONU). Os Estados Unidos ainda mantinham essa postura em 1951, quando se recusaram a aceitar que a autodeterminação dos povos fosse incluída como um dos Direitos do Homem.

[422] Em 1949, o Plano Marshall já havia alcançado um grande sucesso na reestruturação da economia europeia. A atenção voltou-se, então, para os problemas de assistência técnica para o desenvolvimento econômico dos países subdesenvolvidos. Foi nesse cenário que o presidente Truman lançou o Programa Ponto IV, que previa a aplicação, nas regiões pobres do planeta, dos dois elementos considerados vitais para o desenvolvimento: tecnologia moderna e capital. O programa, no entanto, envolveu muito mais assistência técnica do que capital, na esperança de que isso promovesse o progresso dos países subdesenvolvidos a um baixo custo. Em maio de 1950, o Congresso dos Estados Unidos aprovou o Ato para o Desenvolvimento Internacional, que autorizava o governo norte-americano a realizar atividades de cooperação técnica internacional. Desse modo, em outubro do mesmo ano, foi criada, no interior do Departamento de Estado, a Administração para a Cooperação Técnica (Technical Cooperation Administration – TCA), que seria a agência responsável por gerenciar os programas de cooperação técnica criados nos marcos do Ponto IV. Em 1952, a TCA operava em praticamente toda a América Latina, bem como em alguns países da África e da Ásia (Escobar, 1995: 36).

[423] Soper. The Unfinished Business with Yellow Fever, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IV, Caixa 21, Pasta 10.

[424] Entre 1937 e 1949, 5.700.000 pessoas no Brasil receberam a vacina 17D contra a febre amarela (Strode, 1951: 614).

[425] Para a história do Centro de Doenças Transmissíveis (CDC) – posteriormente rebatizado de Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention) – e a sua importância para a saúde pública nos Estados Unidos, ver Etheridge (1992).

[426] Tinker e Hayes Jr. The 1958 *Aedes aegypti* distribution in the United States, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 46.

[427] Communicable Disease Center. Summary of the Conference on *Aedes aegypti* Eradication, Pensacola, Florida, September 27-28, 1960. U.S. Department of Health, Education, and Welfare/Public Health Service/Communicable Disease Center, 1960, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 46.

[428] Resolution XIII: status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas (Approved at the eight plenary session, September 24, 1959) – The Eradication of *Aedes aegypti* in the Americas (August 15, 1962), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[429] Resolution IX: status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas (Approved at the sixth plenary session, August 17, 1960) – The Eradication of *Aedes aegypti* in the Americas (August 15, 1962), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[430] The Eradication of *Aedes aegypti* in the Americas (August 15, 1962), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[431] Soper. Summary of Official Action of the Pan American Health Organization on Eradication of *Aedes aegypti*, 1942-1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[432] Resolution XXXIV: Present Status of *Aedes aegypti* Eradication Programs in the Americas, The Results Obtained, Prospects and Epidemiological and Financial Aspects (Approved at the Sixteenth Plenary session, October 13, 1961) - The Eradication of *Aedes aegypti* in the Americas (August 15, 1962), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[433] Discurso de Miguel Bustamante na XIII Reunião do Conselho Diretor da Opas, realizada em Washington D.C., em outubro de 1961, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 13.

[434] Pan American Health Organization. Study of the Present Status of *Aedes aegypti* Eradication Programs in the Americas, the results obtained, prospects, and epidemiological and financial aspects (October 1961), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[435] Reaction of Latin American Nations to U.S. Failure to Eradicate the Yellow Fever Mosquito, *Aedes aegypti* (Memorandum Public Health Service, July 11, 1962), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[436] Carta de Abraham Horwitz a Luther L. Terry, Washington D. C., 12 de dezembro de 1961, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[437] Carta de H. Cleveland a Luther Terry, Washington D. C., 9 de janeiro de 1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[438] Observations of *Aedes aegypti* Eradication Campaigns in Latin America: report of a field trip by Harvey B. Morlan, John H. Hughes and Milton E. Tinker, January 9 – February 10, 1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6; "Carta de S. W. Simmons, Diretor Científico e Chefe do Departamento de Tecnologia do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, para Abraham Horwitz, Diretor da Opas, 20 de junho de 1962, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[439] Reaction of Latin American Nations to U.S. Failure to Eradicate the Yellow Fever Mosquito, *Aedes aegypti* (Memorandum Public Health Service, July 11, 1962), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[440] Memorandum for the President on Eradication of *Aedes aegypti*, (March 9, 1962), from Rufus Miles to the Surgeon General; Basis of Mexico's Concern over *Aedes aegypti* in the USA (Carta de Soper para James Watt, cirurgião-geral assistente e chefe da Divisão de Saúde Internacional do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, 26 de março de 1962); Communication of March 9 – Memorandum for the President on Eradication of *Aedes aegypti* (Memorandum from Boisfeuillet Jones, Special Assistant for Health and Medical Affairs, to Surgeon General, May 23, 1962); The President's trip to Mexico June 29 – July 1, 1962 – Position Paper: Eradication of *Aedes aegypti*, the Urban Yellow Fever

Mosquito (to be raised at Mexican initiative) e Memorandum for the President on the Eradication of *Aedes aegypti* (June 1, 1962), todos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 13.

[441] The Eradication of *Aedes aegypti* in the Americas (August 15, 1962), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[442] Na maior parte dos países e territórios do Caribe, as operações para a erradicação de *Aedes aegypti* se basearam na aplicação do DDT através do método perifocal, ou seja, o borrifamento do inseticida em todos os potenciais criadouros do mosquito e em todas as paredes adjacentes. A partir de 1954, os agentes sanitários de Trindade começaram a observar uma baixa mortalidade das larvas do mosquito em recipientes então tratados. Alguns anos depois, *Aedes aegypti* encontrado em Isla Verde e Porto Rico também se revelou resistente ao DDT e ao dieldrin. (Camargo. Part II – Survey of the Susceptibility of *Aedes aegypti* from the countries and territories of the Caribeean to DDT, Dieldrin, and candidate inseticides to replace DDT. p. 1. *apud* Pan American Health Organization. *Eradication of Aedes aegypti in Latin America*, 1964, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 43, Pasta 6).

[443] Kerr. Part I: Introduction. p. 1. *apud* Pan American Health Organization. *Eradication of Aedes aegypti in Latin America,* 1964, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 43, Pasta 6.

[444] Pan American Health Organization. Statement on *Aedes aegypti* Eradication from the Pan American Health Organization (Official Document No. 40, July 1962); Soper. Documentation on the Origin of the United States Obligation to Eradicate *Aedes aegypti*: 1902-1965, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 9.

[445] Resolution XXXI: Status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas (Approved at the ninth plenary session, September 2, 1962) *apud* OPS (1963b: 246).

[446] Charles L. Williams Jr. (1906-2013) ocuparia o cargo de vice-diretor da Opas de 1967 a 1979, durante os mandatos de Abraham Horwitz e Hector Acuña, os dois primeiros latino-americanos a dirigirem a Organização. Para maiores informações sobre a sua vida e carreira, ver o obituário escrito por Mirta Rose Periago, atual diretor da Opas, por ocasião de sua morte em 5 de janeiro de 2013. Disponível em: <www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8221%3Adr-charles-l-williams-former-paho-deputy-director&catid=3603%3Anews-in-memorium&Itemid=39531&lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2015.

[447] Soper. Documentation on the Origin of the United States Obligation to Eradicate *Aedes aegypti*: 1902-1965, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 9.

[448] Soper. The Good-Neighbor Policy for Yellow Fever, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 6.

[449] Soper. Documentation on the Origin of the United States Obligation to Eradicate *Aedes aegypti*: 1902-1965, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 9.

[450] The President's Message to the Congress of February 7, 1963, a*pud* Carta de Luther L. Terry, cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, ao vice-presidente Lyndon B. Johnson, 29 de julho de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[451] United States of America, Department of Health, Education and Welfare, U.S Public Health Service. *Public Health Service – Appropriation Title: Communicable Disease Activities. Amounts Available for Obligation*, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[452] United States of America, Department of Health, Education and Welfare, U.S Public Health Service. *Public Health Service – Appropriation Title: Communicable Disease Activities. Obligations by Activities,* NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[453] United States of America, Department of Health, Education and Welfare, U.S Public Health Service. *Public Health Service – Appropriation Title: Communicable Disease Activities. List of New Positions in Budget,* NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[454] United States of America, Department of Health, Education and Welfare, U.S Public Health Service. *Public Health Service – Appropriation Title: Communicable Disease Activities. Summary of Changes,* NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[455] United States of America, Department of Health, Education and Welfare, U.S Public Health Service. *Public Health Service – Appropriation Title: Communicable Disease Activities. Effect of House Action*, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[456] Carta de Frank G. Boudreau, presidente do Comitê Nacional de Cidadãos para a Organização Mundial da Saúde, para o senador Hubert H. Humphrey, do estado de Minnesota, 29 de abril de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3. A mesma carta foi enviada também para os senadores Carl Hayden e Leverett Saltonstall, ambos da Comissão de Orçamento do Senado.

[457] Carta de Luther L. Terry, cirurgião-geral do USPHS, ao vice-presidente Lyndon B. Johnson, 29 de julho de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[458] Proxmire. Yellow Fever Mosquito – $5 Million Saving (House of Representatives of the United States of America, 107: 131674-75), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 18, Pasta 6.

[459] Carta de Soper para o Senador William Proxmire, 18 de agosto de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 17, Pasta 1.

[460] Carta de Soper para o Senador William Proxmire, 18 de agosto de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 17, Pasta 1.

[461] Carta de Soper para o Senador William Proxmire, 18 de agosto de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 17, Pasta 1.

[462] Carta do Senador William Proxmire para Soper, 21 de agosto de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 17, Pasta 1.

[463] Resolution XIII: Eradication of *Aedes aegypti* in Mexico (Approved at the seventh plenary session, September 20, 1963), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8. A erradicação do *Aedes aegypti* do México mereceu uma edição especial do *Boletín Epidemiológico*, publicação da Opas sobre a situação epidemiológica das Américas, de periodicidade irregular. Para a edição especial sobre o México, ver: *Boletín Epidemiológico*, 27(3), 1963. (Número Conmemorativo – Erradicación del *Aedes aegypti* en México – 1º Septiembre de 1963).

[464] Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai, Honduras Britânicas, Guiana Francesa e a Zona do Canal do Panamá (General Status of the *Aedes aegypti* Eradication Campaign in the Americas as of December 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 12).

[465] A Argentina foi declarada livre do *Aedes aegypti* em 1965, na XVI Reunião do Conselho Diretor da OSP, realizada em Washington DC (Resolution XXVIII: Eradication of *Aedes aegypti* in Argentina [Approved at the Thirteenth plenary session, October 6, 1965]), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8).

[466] Resolution XXVIII: Status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas (Approved at the Thirteenth plenary session, September 8, 1964), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

[467] Organización Panamericana de la Salud. El *Aedes aegypti* en la frontera Mexico-Estados Unidos (Documento de Trabajo). Reunión Binacional sobre Erradicación del *Aedes aegypti*. El Paso, Texas, 11 y 12 de septiembre de 1969, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 41, Pasta 5.

[468] Colmer. (Representative from Mississipi). *Bill to provide for the control of mosquitoes and mosquito vectors of human disease through research, technical assistance, and grants-in-aid for control projects* (88th Congress, 1st Session - H. R. 7628-July 17, 1963); House of Representatives of The United States of America. The Mosquito Control Act (17 de julho de 1963), ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 18, Pasta 6.

[469] *Aedes aegypti* visit to CDC on November 27, 1963 (Carta de Soper para James Watt, 9 de dezembro de 1963), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 18, Pasta 6.

[470] Carta de Luther L. Terry para Abraham Horwitz, 9 de dezembro de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3; Soper. Documentation on the Origin of the United States Obligation to Eradicate *Aedes aegypti*: 1902-1965, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 9.

[471] Carta de Abraham Horwitz para Luther L. Terry, 2 de janeiro de 1963, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[472] Soper. General Statement, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3.

[473] The *Aedes aegypti* Eradication Campaign in the USA (dr. Osbourne, from PAHO), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8. Ver também Soper e Duffy (1979: 375).

[474] The *Aedes aegypti* Eradication Campaign in the USA (dr. Osbourne, from PAHO), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

[475] Soper. General Statement, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 3. The *Aedes aegypti* Eradication Campaign in the U.S.A. (dr. Osbourne, from PAHO), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 34, Pasta 8.

[476] *Aedes aegypti* Eradication in the United States: Arguments Against and For, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 9.

[477] Soper. Statement on *Aedes aegypti* Eradication Prepared for United States Delegation (Surgeon General) for the 17th Pan American Sanitary Conference, September 1966, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 10.

[478] Fausto. Situación de la Campaña anti-*aegypti* en Colombia (submitted at PAHO Conference on *Aedes aegypti* Eradication in the Americas, Washington D.C., 3-5 April 1967), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 37, Pasta 4.

[479] Resolution XIX: Status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas (Approved at the thirteenth plenary session, October 7, 1966), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12.

[480] Saúde afirma que não há febre amarela no Brasil (*O Globo*, 9/10/69, p. 5); Febre amarela está restrita a surtos sem perigo de epidemia (*Jornal do Brasil*, 13/12/69, capa); Surto de febre amarela que matou 38 em Goiás já está sob controle das autoridades (*Jornal do Brasil*, 5/1/73); Relatório de órgão de saúde de Goiás confirma surto de febre amarela (*Jornal do Brasil*, 6/1/73); Machado Lemos é alertado para alastramento da febre amarela no Sudeste

goiano (*Jornal do Brasil*, 12/1/73); Mais de trinta casos de febre amarela confirmam que há surto epidêmico em Goiás (*Jornal do Brasil*, 17/2/73), todos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 2.

[481] A Grave Ocorrência da reintrodução do '*Aedes aegypti*' no país (Editorial). *Jornal Brasileiro de Medicina*, XIV (1): 91, janeiro de 1968, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 2.

[482] Sobre o programa de saúde pública de JK, ver Hochman (2009).

[483] Decreto n. 56.759, de 20 de agosto de 1965 – Baixa Normas Técnicas Especiais para a Profilaxia da Febre Amarela e dá outras providências, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 36, Pasta 2. O decreto n. 21.434, de 23 de maio de 1932, definiu o arcabouço legal do Serviço de Febre Amarela, complementando o decreto n. 5.157, de 8 de março de 1904, que estabeleceu os serviços de profilaxia da doença. Em 23 de janeiro de 1940, foi promulgado pelo governo Vargas o decreto n. 1.975, que regulamentou o agora designado Serviço Nacional de Febre Amarela. O decreto n. 56.759, promulgado em 20 de agosto de 1965 por Castelo Branco, estabeleceu as novas normas técnicas da profilaxia da febre amarela, extinguindo o decreto de 1932 e, consequentemente, o SNFA. Para os decretos, ver Franco (1969).

[484] Antunes, Severo e Veríssimo. Report of the Commission for the Evaluation of the *Aedes aegypti* Eradication Program in the United States – Washington D.C. April-May 1968, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 47.

[485] Resolution XIX: Status of *Aedes aegypti* Eradication in the Americas (Approved at the thirteenth plenary session, October 7, 1966), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12.

[486] Conference on *Aedes aegypti* Eradication in the Americas – Washington D.C., 3-5 Abril de 1967, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 41, Pasta 1.

[487] Antunes, Severo e Veríssimo. Report of the Commission for the Evaluation of the *Aedes aegypti* Eradication Program in the United States – Washington D.C. April-May 1968, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 47.

[488] Antunes, Severo e Veríssimo. Report of the Commission for the Evaluation of the *Aedes aegypti* Eradication Program in the United States – Washington D.C. April-May 1968, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 47.

[489] Para a vida e a carreira deste personagem, considerado um "Gigante da Saúde Pública", ver Koplan (2011).

[490] Downs. Communication to Editor – *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 3 de janeiro de 1969; Carta de Fred Soper para o Editor – *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 16 de janeiro de 1969, ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 18, Pasta 5.

[491] Carta de Soper para David Sencer, 17 de janeiro de 1969, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 18, Pasta 5.

[492] Carta de Soper para William H. Stewart, cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, 17 de janeiro de 1969, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 18, Pasta 5.

[493] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Program for the Eradication of the *Aedes aegypti* Mosquito from Continental United States, Puerto Rico and the Virgin Islands (1968), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 47.

[494] Carta de William H. Stewart, cirurgião-geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, a Abraham Horwitz, diretor da Opas, Washington D.C., 8 de maio de 1969, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 17, Pasta 17.

[495] The United States and *Aedes aegypti*, 1969 (Carta de Fred Soper para William H. Stewart, Cirurgião Geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, 24 de março de 1969), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 17, Pasta 17.

[496] Pan American Health Organization. Reports Shows *Aedes aegypti* Mosquito has re-invaded 5 Hemisphere Lands (October 2, 1969); Musa. El *Aedes aegypti* en la frontera Mexico-Estados Unidos (August 27, 1969), ambos em: NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12; Pan American Health Organization. Status of the *Aedes aegypti* Eradication Campaign in the Americas, December 1969 (Study Group on Methods for Prevention of *Aedes aegypti* – Borne Diseases – Washington D.C., 9-14 February 1970), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 42, Pasta 2.

[497] Pan American Health Organization. *Aedes aegypti* on the United States – Mexico Border (Working Paper) - Binational Meeting on *Aedes aegypti* Eradication, El Paso, Texas, 11 – 12 September 1969, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 38, Pasta 11.

[498] The U.S Position for 19th Meeting of Directing Council Pan American Health Organization. Washington D.C. September-October 1969, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12.

[499] Use of Pesticides – A Report of the President's Science Advisory Committee (The White House, Washington D.C., May 15, 1963), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 1.

[500] Para as discussões e controvérsias que levaram à proibição do DDT, ver NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 19, Pasta 1.

[501] Expert Group on Laboratory Colonies of *Aedes aegypti* (19/6/67), NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 39, Pasta 12; Morlan. The Relationship of Laboratory Colonies to the *Aedes aegypti* Eradication Program. *Mosquito News* 24 (4): 388-389, 1964, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série IX, Caixa 43, Pasta 4.

[502] Simmons. The Urgent Need for Expansion of Research and Development in Support of the *Aedes aegypti* Eradication Program (February 23, 1966, CDC Archives), *apud* Etheridge (1992).

[503] Carta de Soper para o dr. Louis A. Riehl, professor de entomologia da Universidade da Califórnia, 24 de junho de 1970, NLM, Ms C 359, Soper Papers, Série III, Caixa 14, Pasta 13.

[504] Proceedings of the Quarantine Conference Held in Montgomery, Alabama (March 5-7, 1889), Montgomery, Alabama (s.f.), p. 38, a*pud* Soper e Duffy (1979: 367).

[505] Este consenso é expresso de forma detalhada na obra de Birn (2006), mas também aparece nas análises de outros importantes pesquisadores. Ver, por exemplo, Cueto (1994b), Lowy (1999) e Lowy e Zilberman (2000).

[506] Para a história da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, ver Fee (1987).

[507] Tal característica fica clara no livro que um desses especialistas, Victor Heiser, publicou em 1936. Na obra, que se tornou um grande sucesso editorial nos anos 1930 e foi publicada em português em 1940, ele descreve os trabalhos que realizou em 45 países, permeando-os com histórias e detalhes das sociedades que conheceu. Ver Heiser (1940).

[508] No Brasil, inclusive, um número elevado de jovens profissionais da saúde beneficiou-se com a política de concessão de bolsas de estudo da Fundação Rockefeller, o que evidencia a importância do país para a organização filantrópica norte-americana (Cueto, 1994b).

[509] Para uma visão consagrada da atitude ambivalente dos latino-americanos em relação aos Estados Unidos, ver Rangel (1977).

[510] Ver, por exemplo, Ricupero (1996).

[511] A literatura é extensa, mas destaco, entre outros, Jaguaribe (1996), Vizentini (2003), Garcia (2005), Altemani (2005), Bueno (2008), Cervo (2008), Hirst (2009), Pinheiro (2010) e Amorim Neto (2012).

# Fontes e Referências

## Fontes

### Arquivos e Bibliotecas

#### Brasil

Casa de Oswaldo Cruz – Departamento de Arquivo e Documentação (DAD/COC/FIOCRUZ)

- Coleção Fundação Rockefeller
- Fundo Fundação Rockefeller
- Fundo Liga das Nações
- Fundo Clementino Fraga
- Fundo Marcolino Candau

Centro de Pesquisa e Documentação em História Contemporânea do Brasil (CPDOC-FGV)

- Arquivo Gustavo Capanema
- Arquivo Clemente Mariani

Centro de Memória da Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública (USP)

- Arquivo Geraldo Horácio de Paula Souza
- Arquivo Francisco Borges Vieira

Biblioteca Nacional (RJ)

Biblioteca do Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB – RJ)

Biblioteca Mario Henrique Simonsen (FGV - RJ)

Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)

Biblioteca de Manguinhos (Fiocruz)

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Biblioteca Marina São Paulo de Vasconcellos
(Instituto de Filosofia e Ciências Sociais - Instituto de História – UFRJ)

## Estados Unidos

United States National Library of Medicine (NLM) (Bethesda - Maryland)

The Fred L. Soper Papers (1919-1975)

The Wilbur A. Sawyer Papers (1899-1952)

The Eugene P. Campbell Papers (1941-1986)

Rockefeller Archive Center (RAC) (Sleepy Hollow - Nova Iorque)

*Papers of Individuals*

Wickliffe Rose Papers, 1902-1933, 1958

George K. Strode Papers, 1910-1953

Hugh H. Smith Papers, 1927-1988

Nelson C. Davis Papers, 1913-1933

J. Austin Kerr Papers, 1925-1974

John C. Bugher Papers, 1926 - (1950-1966)

Kenneth C. Smithburn Papers, 1922 - (1938-1959) -1974

*Record Groups*

RG 1.1 (Projetos)

RG 1.2 (Projetos)

RG 2 (Correspondência Geral)

RG 3 (Administração, Programa e Políticas)

RG 5 (Divisão de Saúde Internacional)

RG 6.2 (Escritório de Campo de Belém, Brasil)

RG 12 (Diários de campo dos funcionários)

*Collected Papers on Yellow Fever by Members of the Staff of the International Health Division of the Rockefeller Foundation*

Vol. I - IX

National Archives and Records Administration (NARA) (College Park - Maryland)

*Record Groups*

RG 43 (Documentos de Conferências Internacionais, Comissões e Exposições)

RG 59 (Documentação Geral do Departamento de Estado)

RG 90 (Documentos do Serviço de Saúde Pública, 1912-1968)

RG 112 (Documentos do Escritório do Cirurgião-Geral do Exército)

RG 165 (Documentos do Ministério da Guerra – Arquivos Regionais: Brasil, 1922-1944)

RG 229 (Documentos do Escritório de Assuntos Interamericanos)

RG 319 (Documentos do Exército – Arquivo do Setor de Inteligência)

RG 469 (Documentação relativa às Agências de Assistência Externa dos Estados Unidos).

Library of Congress (Washington D.C)

McKeldin Library (University of Maryland – College Park, MD)

Hornbake Library (University of Maryland – College Park, MD)

Watson Library (University of Kansas – Lawrence, KS)

New York Public Library (NY)

# Referências


ABREU, A. A. O Nacionalismo de Vargas Ontem e Hoje. *In*: D´ARAÚJO, M. C. (Org.). *As Instituições Brasileiras da Era Vargas*. Rio de Janeiro: Eduerj, Editora FGV, 1999.

ALLEYNE, G. A. The Pan American Health Organization's First 100 years: reflections of the director. *American Journal of Public Health*, 92 (12): 1.890-1.894, 2002.

ALMEIDA, M. *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo – 1898-1917*. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2003.

ALTEMANI, H. *Política Externa Brasileira*. São Paulo: Saraiva, 2005.

AMÉZQUITA, J. A. Lucha contra el *Aedes aegypti* en México. Datos de la campaña de erradicación: evaluaciones parciales durante los años 1959 y 1961 y verificación especial. *Boletín Epidemiológico*, 27(3): 139-144, 1963. (Numero Conmemorativo - Erradicación del *Aedes aegypti* en México – 1 set. 1963)

AMORIM NETO, O. *De Dutra a Lula: a condução e os determinantes da política externa brasileira*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ANDERSON, W. Excremental colonialism: public health and the poetics of pollution. *Critical Inquiry,* 21: 640-669, 1995.

ANDREWS, F. E. *Philanthropic Foundations.* New York: Russel Sage Foundation, 1956.

ARNOLD. D. Introduction: tropical medicine before Manson. *In*: ARNOLD, D. (Ed.). *Warm Climates and Western Medicine: the emergence of tropical medicine*, *1500-1900*. Amsterdam, Atlanta: Rodopi, 1996a.

ARNOLD. D. *The Problem of Nature: environment, culture and European expansion.* Oxford: Blackwell Publishers, 1996b.

ARNOVE, R. F. (Org.). *Philanthropy and Imperialism: the foundations at home and abroad*. Bloomington: Indiana University Press, 1982.

BALFOUR, A. The wild monkey as a reservoir for the virus of yellow fever. *The Lancet,* 1: 1.176-1.178, 1914.

BARBOSA, P. Pequena história da febre amarela no Brasil. *Archivos de Hygiene*, 3: 1, 1929.

BARRETO, J. B. *Atividades de um Ano do Departamento Nacional de Saúde (1942).* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943.

BATES, M. Prefácio. LOGAN, J. *The Sardinian Project.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1953.

BAUER, J. Transmission of yellow fever by mosquitoes other than *Aedes aegypti*. *American Journal of Tropical Medicine*, 8: 261-282, 1928.

BAYNE-JONES, S. The U.S. Typhus Commission. *Army Medical Bulletin*, 68: 4-15, 1943.

BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Editora UFRJ, 1999.

BENCHIMOL, J. L. *Febre Amarela: a doença e a vacina: uma história inacabada.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BENCHIMOL, J. L. Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. *In*: FERREIRA, J. & DELGADO, L. A. N. (Orgs.). *O Tempo do Liberalismo Excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930.* v. 1. O Brasil Republicano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BENCHIMOL, J. L. Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil. *In*: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BENCHIMOL, J. L. & SÁ, M. R. Insetos, humanos e doenças: Adolpho Lutz e a medicina tropical. *In*: BENCHIMOL, J. & SÁ, M. R. (Orgs.). *Febre Amarela, Malária e Protozoologia.* v. 2, livro 1. Adolpho Lutz Obra Completa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BENCHIMOL, J. L. & SÁ, M. R. *Adolpho Lutz e a Entomologia Médica no Brasil (Apresentação histórica)*. v. 2, livro 3. Adolpho Lutz Obra Completa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BENCHIMOL, J. L. *et al.* (Orgs.). *Cerejeiras e Cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2009.

BERMAN, E. H. *The Influence of the Carnegie, Ford and Rockefeller Foundation on American Foreign Policy.* Albany: State University of New York Press, 1983.

BETHEL, L. & ROXBOROUGH, I. Introduction: the postwar conjuncture in Latin America: democracy, labor and the left. *In*: BETHEL, L. & ROXBOROUGH, I. (Orgs.). *Latin America between the Second World War and the Cold War, 1944-1948.* Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

BEVIER, G.; TORRES-MUÑOZ, N. & DORIA-MEDINA, J. Yellow fever in Bolivia, its history and epidemiology. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2(3): 463-482, 1953.

BIELSCHOWSKY, R. *Pensamento Econômico Brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimento.* Rio de Janeiro: Contraponto, 1995.

BIRN, A. *Local Health and Foreign Wealth: The Rockefeller Foundations Public Health Programs in Mexico, 1924-1951*, 1993. Ph.D. Dissertation, Baltimore: School of Hygiene and Public Health of the Johns Hopkins University.

BIRN, A. *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press, 2006.

BIRN, A. 'Revolución nada más', la campaña de la Fundación Rockefeller contra la unicinariasis en México durante la década de los años veinte. *In*: AGOSTONI, C. (Coord.) *Curar, sanar y educar: enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX.* México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas / Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008.

BIRN, A. & SOLORZANO, A. The hook of hookworm: public health and the politics of eradication in Mexico. In: CUNNINGHAM, A. & BRIDIE, A. (Eds.) *Western Medicine as Contested Knowledge.* Manchester: Manchester University Press, 1997.

BLUMENTHAL, M. D. *The Economic Good Neighbor: aspects of United States Economic Policy toward Latin America in the Early 1940's as Reveled by the Activities of the Office of Inter-American Affairs*, 1968. Ph.D. Dissertation, Madison: University of Wisconsin.

BOROWY, I. *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation, 1921-1946*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2009.

BRANNSTROM, C. Polluted soil, polluted souls; the Rockefeller hookworm eradication campaign in São Paulo, Brazil, 1917-1926. *Historical Geography* 25: 25-45, 1997.

BRANNSTROM, C. A Fundação Rockefeller e a campanha de erradicação da ancilostomíase em São Paulo (1917-1926). *Revista de História Regional* 15(2): 10-48, Inverno, 2010.

BRASIL. Senado Federal. Decreto Legislativo n. 30, 06 out. 1948, que aprova o Acordo Sanitário Pan-Americano firmado na cidade de Montevidéu, em 13 de março de 1948, por delegados do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. *Diário do Congresso Nacional*, Rio de Janeiro, p. 9.871, 07 out. 1948. Seção 1. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=106197>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BROWN, E. R. Public Health in Imperialism: early Rockefeller Programs at home and abroad. *American Journal of Public Health*, 66(9): 897-903, 1976.

BROWN, E. R. *Rockefeller Medicine Man: medicine and capitalism in America.* Berkeley: University of California Press, 1979.

BROWN, P. J. Failure-as-success: multiple meanings of eradication in the Rockefeller Foundation Sardinia project, 1946-1951. *Parassitologia*, 40: 117-130, 1998.

BROWN, T.; CUETO, M. & FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 13(3): 623-647, 2006.

BROWN, W. A. & REDVERS, O. *American Foreign Assistance*. Washington: Brookings Institution, 1953.

BUENO, C. Da agroexportação ao desenvolvimentismo (1889-1964). *In*: CERVO, A. L. & BUENO, C. (Orgs.). *História da Política Exterior do Brasil.* Brasília: Editora UnB, 2008.

BULLOCK, M. B. *An American Transplant: the Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley: University of California Press, 1980.

BULMER-THOMAS, V. The Latin American Economies, 1929-1939. *In*: BETHELL, L. (Ed.). *Latin America: economy and society since 1930.* Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

BUSTAMANTE, M. E. Cincuentenario del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: 1922-1972. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 72(5): 375-396, 1972.

BYNUM, W. F. & BYNUM, H. *Dictionary of Medical Biography*. v. IV. Westport: Greenwood Press, 2007.

CAMPOS, A. L. V. Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-45). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 5(3): 603-620, 1999.

CAMPOS, A. L. V. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CANDEIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1918-1945. *Revista de Saúde Pública*, 18: 2-60, 1984.

CARDOSO, F. H. & FALETTO, E. *Dependência e Desenvolvimento na América Latina: ensaio de interpretação sociológica.* Rio de Janeiro: Record, 2004.

CARRILO, A. M. & BIRN, A. Neighbors on Notice: national and imperialist interests in the American Public Health Association, 1872-1921. *Canadian Bulletin of Medical History*, 25(1): 225-254, 2008.

CARSON, R. *Silent Spring.* Cambridge: Riverside Press, 1962.

CARTER, H. A. The mecanism of the spontaneus elimination of yellow fever from endemic centers. *American Journal of Tropical Medicine*, 13: 299-311, 1920.

CARTER, H. A. *Yellow fever: an epidemiological and historical study of its place of origin.* Baltimore: The Williams and Wilkins Company, 1931.

CASA DE OSWALDO CRUZ (COC). *A Ciência a Caminho da Roça*: *imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

CASTRO-SANTOS, L. A. *Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*, 1987. Ph.D. Dissertation, Cambridge: Harvard University.

CASTRO-SANTOS, L. A. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 6(1): 105-110, 1989.

CERVO, A. L. Do projeto desenvolvimentista à globalização. *In*: CERVO, A. L. & BUENO, C. (Orgs.). *História da Política Exterior do Brasil*. Brasília: Editora UnB, 2008.

CHÁVEZ, M. & CUTHBERT, G. *Un Hemisferio Unido: un tributo de la Fundación Kellogg a la Organización Panamericana de la Salud en la celebración de su centenario.* Michigan: W. K. Kellogg Foundation, 2003.

CHILD, J. *Unequal Alliance: the inter-American military system, 1938-1979*. Boulder: Westview, 1980.

CLAVIN, P. Defining Transnationalism. *Contemporary European History*, 14(4): 421-439, 2005.

COHEN, W. I. *America in the Age of Soviet Power.* Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

COLBY, G. & DENNETT, C. *Seja Feita Vossa Vontade: a conquista da Amazônia, Nelson Rockefeller e o evangelismo na idade do petróleo*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

COURTNEY, K. Escritório da Zona V da Repartição Sanitária Pan-Americana. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, 33(5): 503-516, 1954.

CRAWFORD, E.; TERRY, S. & SORLIN, S. The nationalization and denationalization of the sciences: an introductory essay. *In*: CRAWFORD, E.; TERRY, S. & SORLIN, S. (Eds.). *Desnationalizing Science: the contexts of international scientific practice.* Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 1993.

CUETO, M. *Excelencia Científica en la Periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950.* Lima: Tarea, 1989.

CUETO, M. The Rockefeller Foundation's medical policy and scientific research in Latin America: the case of physiology. *Social Studies of Science*, 20: 229-254, 1990.

CUETO, M. Sanitation from above: yellow fever and foreign intervention in Peru, 1919-1922. *Hispanic American Historical Review*, 72(1): 1-22, 1992.

CUETO, M. (Org.). *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1994a.

CUETO, M. Visions of Science and development: The Rockefeller Foundation Latin-American surveys of the 1920´s. *In*: CUETO, M. (Org.). *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation and Latin America.* Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1994b.

CUETO, M. The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American public health (1918-1940). *In*: WEINDLING, P. (Ed.). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

CUETO, M. Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana (1918-1914). *In*: CUETO, M. (Org.). *Salud, Cultura y Sociedad en America Latina: nuevas perspectivas historicas.* Lima: IEP, OPS, 1996a.

CUETO, M. Tropical medicine and bacteriology in Boston and Peru: studies of Carrion's disease in the early twentieth century. *Medical History*, 40: 344-64, 1996b.

CUETO, M. The meanings of control and eradication of malaria in the Andes. *Parassitologia* 40: 177-182, 1998.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 94(11): 1.864-1.874, 2004.

CUETO, M. *O Valor da Saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007a.

CUETO, M. *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007b.

CUETO, M. International health, the early cold war and Latin America. *Canadian Bulletin of Medical History,* 21(1): 17-41, 2008a.

CUETO, M. La salud internacional, la guerra fría y la erradicación de la malaria en México en la década de los años cincuenta del siglo XX. *In*: AGOSTONI, C. & STAPLES, A. (Coords.). *Curar, Sanar Y Educar: enfermedad y sociedad en México (siglos XIX y XX)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008b.

CUNNINGHAM, A. Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious diseases. *In*: CUNNINGHAM, A. & WILLIAMS, P. (Eds.). *The Laboratory Revolution in Medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

CYTRYNOWICZ, R. *Guerra Sem Guerra: a mobilização e o cotidiano em São Paulo durante a Segunda Guerra Mundial*. São Paulo: Geração Editorial, 2000.

DALLEK, R. *Franklin D. Roosevelt and American Foreign Policy, 1932-1945.* New York: Oxford University Press, 1995.

DEANE, L. A malária no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(1): 71-111, 1985.

DELAPORTE, F. História da febre amarela: a análise das diferenças, as transformações. *Cadernos de História e Saúde: Casa de Oswaldo Cruz*, (2): 37-41, 1992.

DMITRIENKO, K. Parceiro relutante: as relações do Canadá com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13(3): 717-732, 2006.

DOWBOR, L. *A Formação do Terceiro Mundo.* São Paulo: Brasiliense, 1981.

DUFFY, J. *The Sanitarians: a history of American public health*. Urbana, Chicago: University of Illinois Press, 1990.

DUGGAN, L. *The Americas: the search for Hemisphere Security.* New York: Henry Holt and Company, 1949.

DUNHAM, G. C. The cooperative health programs of the American Republics. *American Journal of Public Health*, 34 (8): 817-827, 1944.

DUNHAM, G. C. Role of tropical medicine in international relations. *Science*, 102: 105-107, 1945.

ERB, C. C. Prelude to Point Four: the Institute of Inter-American Affairs. *Diplomatic History*, 9(3): 249-269, 1985.

ESCOBAR, A. *Encountering Development: the making and unmaking of the third world.* Princeton: Princeton University Press, 1995.

ETHERIDGE, E. W. *Sentinel for Health: a history of the centers for disease control*. Berkeley: University of California, 1992.

ETTLING, J. *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and public health in the New South*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

FANTINI, B. La lotta antimalarica in Italia fra controllo ed eradicazione: Lésperimento Sardegna. *Parassitologia*, 33: 11-23, 1991.

FARCAU, B. *The Chaco War: Bolivia and Paraguay, 1932-1935.* Westport: Praeger, 1996.

FARIA, L. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 5(1): 109-130, 1995.

FARIA, L. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-1930): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(3): 561-590, 2002.

FARIA, L. *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FARIA, L. & CASTRO-SANTOS, L. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDVSF, 2003.

FARID, M. A. *et al.* Round-Table: The malaria programme - from euphoria to anarchy. *World Health Forum*, 1(1/2): 8-33, 1980.

FARLEY, J. *Bilharzia: a history of tropical medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

FARLEY, J. Mosquitoes or malaria? Rockefeller campaigns in the American South and Sardinia. *Parassitologia*, 36(1-2): 165-173, 1994.

FARLEY, J. *To Cast Out Disease: a history of the international health division of the Rockefeller Foundation (1913-1951).* New York, Oxford: Oxford University Press, 2004.

FARLEY, J. *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War.* Vancouver: University of British Columbia Press, 2008.

FAY, R. W. & ELIASON, D. A. A preferred oviposition site as a surveillance method for *Aedes aegypti*. *Mosquito News*, 26(4): 531-535, 1966.

FAY, R. W. & PERRY, A.S. Laboratory Studies of ovipositional preferences of *Aedes aegypti*. *Mosquito News*, 25(3): 276-281, 1965.

FEE, E. *Disease and Discovery: a history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.

FENNER, F. (Ed.). *Smallpox and Its Eradication*. Geneva: World Health Organization, 1988.

FENWICK, C. G. The Third Meeting of Ministers of Foreign Affairs at Rio de Janeiro. *The American Journal of International Law*, 36(2): 169-203, 1942.

FINNEMORE, M. *National Interests in International Society*. Ithaca: Cornell University Press, 1996.

FONSECA, C. M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930–1945): dualidade institucional de um bem público.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FOSDICK, R. B. *The Story of Rockefeller Foundation*. New Brunswick: Transaction Publishers, 1989.

FRAGA, C. Sobre o surto epidêmico de febre amarela no Rio de Janeiro. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 7(12): 1.535-1.546, 1928.

FRAGA, C. *A Febre Amarela no Brasil: notas e documentos de uma grande campanha sanitária*. Rio de Janeiro: Officina Graphica da Inspetoria de Demographia Sanitária, 1930.

FRAGA FILHO, C. (Org.) *Clementino Fraga: itinerário de uma vida, 1880-1971.* Rio de Janeiro: José Olympio, 1971.

FRANCO, O. Vacinação antiamarílica. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, 17(1): 75-81, 1965.

FRANCO, O. *História da Febre Amarela no Brasil.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969.

FRÓES, H. P. Proyecto de Campaña Continental para la Erradicación del *Aedes aegypti*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 26(10): 842-851, 1947.

FUENTES, C. *A Morte de Artêmio Cruz.* Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

FURTADO, C. *Formação Econômica do Brasil.* São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GADDIS, J. L. *We Now Know: rethinking Cold War history*. Oxford: Clarendon, 1997.

GADDIS, J. L. *The Cold War: a new history.* New York: Penguin, 2005.

GADDIS, J. L. *História da Guerra Fria*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

GADELHA, P. Conforming strategies of public health campaigns against hookworm and malaria in Brazil. *Parassitologia*, 40(1-2): 159-175, 1998.

GALLAGHER, N. E. *Egypt's other Wars: epidemics and the politics of public health.* Syracuse: Syracuse University Press, 1990.

GALVÃO, A. L. A. Necrológio – Paulo Cesar de Azevedo Antunes (1901-1974). *Revista de Saúde Pública*, 8(2): 145-154, 1974.

GARCIA, E. V. *Cronologia das Relações Internacionais do Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

GARCÍA, G. D. & PINCHARSO, M. *Conmemorando 100 Años de Salud*. La Habana: Representación OPS/OMS en Cuba, 2002.

GARCÍA MÁRQUEZ, G. *Cem Anos de Solidão.* Rio de Janeiro: Record, 2009.

GAY, D. M. & SELLARDS, A. W. The fate of *Leptospira icteroides* e *Leptospira icterohaemorrhagiae* in the mosquito *Aedes aegypti*. *American Journal of Tropical Medicine*, 21: 321-342, 1927.

GEISON, G. *A Ciência Particular de Louis Pasteur.* Rio de Janeiro: Contraponto, Editora Fiocruz, 2002.

GILLESPIE, J. A. Europe, America and the Space of International Health. *In*: SOLOMON, S. G.; MURARD, L. & ZYLBERMAN, P. (Eds.). *Shifting Boundaries of Public Health: Europe in the twentieth century.* Rochester: University of Rochester Press, 2008.

GLADWELL, M. The Mosquito Killer. *The New Yorker*. New York, 2 jul. 2001, p. 42-51.

GLYNN, I. & GLYNN, J. *The Life and Death of Smallpox*. New York: Cambridge University Press, 2004.

GODLEE, F. The World Health Organisation: the regions – too much power, too little effect. *British Medical Journal*, 309(6.968): 1.566-1.570, 1994.

GOMES, A. M. C. (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

GORGAS, W. C. Sanitation of the tropics with specific reference to malaria and yellow fever. *The Journal of American Medical Association*, 52(14): 1.075-1.077, 1909.

GORGAS, W. C. Yellow fever and its eradication. *In*: PAN AMERICAN SCIENTIFIC CONGRESS, 2, 1915, Washington. (Section VIII, Part 1, Volume IX, 1915).

GRANDIN, G. & JOSEPH, G. M. *A Century of Revolution: insurgent and counterinsurgent violence during Latin America's long cold war*. Durham: Duke University Press, 2010.

GUARAZ GUTIÉRREZ, M. Semblanza de Abelardo Ibañez Benavente: 'un soldado de blanco'. *Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina*, 2(2): 193-207, 1996.

HAAS, P. M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organizations*, 46(1): 1-35, 1992.

HAMILTON, W. & AZEVEDO, N. A febre amarela no Brasil: memórias de um médico da Fundação Rockefeller. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 5(3): 733-754, 1999.

HARRISON, M. *Medicine and Victory: British military medicine in the Second World War.* Oxford: Oxford University Press, 2004.

HARTLYN, J. & VALENZUELA, A. Democracy in Latin America since 1930. *In*: BETHELL, L. (Ed.). *Latin America: politics and society since 1930.* Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

HAZLITT, H. *Illusions of Point Four.* New York: The Foundation for Economic Education, 1950.

HEISER, V. G. *A Odisseia de um Médico Americano.* Porto Alegre: Livraria do Globo, 1940.

HERNÁNDEZ, M.; OBREGÓN, D. & MIRANDA, N. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: cien años de historia (1902-2002)*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

HERZ, M. & HOFFMANN, A. R. *Organizações Internacionais: história e práticas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HIRST, M. *Brasil-Estados Unidos: desencontros e afinidades*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento*: *as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998a.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 5, supl.: 217-235, 1998b.

HOCHMAN, G. A Saúde Pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. *In*: BOMENY, H. *Constelação Capanema: intelectuais e política.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

HOCHMAN, G. Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. *In*: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007a.

HOCHMAN, G. João de Barros Barreto. *In*: BYNUM, W. F. & BYNUM, H. (Eds.). *Dictionary of Medical Biography.* Westport: Greenwood Press, 2007b.

HOCHMAN, G. From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-1961. *Canadian Bulletin of Medical History*, 25(1): 161-192, 2008a.

HOCHMAN, G. Malária, políticas nacionais e saúde internacional: Brasil, 1939-1964. *In*: ALMEIDA, M. & VERGARA, M. R. (Orgs.). *Ciência, História e Historiografia*. v. 1. São Paulo: Via Lettera, Mast, 2008b.

HOCHMAN, G. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16, supl. 1: 313-331, 2009.

HORWITZ, A. Relaciones entre salud y desarrollo económico. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 47(2): 93-100, 1959.

HORWITZ, A. Reflexiones sobre economía y salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 51(2): 97-103, 1961.

HUMPHREYS, M. *Yellow Fever and the South*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.

IMMERGUT, E. M. *Health Politics: interests and institutions in Western Europe.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

INTERIN COMMISSION (IC) & WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Proceedings and final acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July 1946. *Official Records of the World Health Organization*, 2, 1946.

JACKSON, R. Foreword. *In*: BLACK, M. *The Children and the Nations: the story of Unicef*. New York: Unicef, 1986.

JAGUARIBE, H. Introdução geral. *In*: ALBUQUERQUE, J. A. G. (Org.). *Sessenta anos de Política Externa Brasileira (1930-1990).* v. 1. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1996.

JAKOB, W. L. & BEVIER, G. A. Application of ovitraps in the US *Aedes aegypti* eradication program. *Mosquito News*, 29(1): 55-62, 1969.

JOSEPH, G. M. Close encounters. *In*: JOSEPH, G. M.; SALVATORE, R. D. & LE GRAND, C. *Close Encounter of Empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations.* Durham: Duke University Press, 1998.

JOSEPH, G. M. & SPENSER, D. *In from the Cold: Latin America's New Encounter with the Cold War*. Durham: Duke University Press, 2008.

JOSEPH, G. M.; SALVATORE, R. D. & LE GRAND, C. *Close Encounter of Empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations.* Durham: Duke University Press, 1998.

KIERNAN, J. P. 1902-2002 - 100 Years of Pan-Americanism. *Perspectives in Health Magazine: The Magazine of the Pan American Health Organization*, 6(2): 1-3, 2001. Disponível em: <www.paho.org/english/dpi/Number12_article3_2.htm>. Acesso em: 20 mar. 2015.

KLEIN, H. S. *Bolivia: the evolution of a multi-ethnic society*. New York: Oxford University Press, 1992.

KOPLAN J. P. In Memoriam: David Judson Sencer, a public health giant. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11): 2.066-2.068, 2011.

KROPF, S. P. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

LABRA, M. E. *O Movimento Sanitarista nos anos 1920: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*, 1985. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.

LAEMMERT JR., H. W.; FERREIRA, L. C. & TAYLOR, R. M. An Epidemiological study of jungle yellow fever in an endemic area in Brazil. Part II – Investigation of vertebrate hosts and arthropod vectors. *American Journal of Tropical Medicine*, 16(6), supl.: 23-69, 1946.

LEONARD, J. La vida de Carlos Finlay y la derrota de la bandera amarilla. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, 108(3): 229-244, 1990.

LEVERING, R. B. *The Cold War: a post-cold war history*. Arlington Heights: Harlan Davidson, 1994.

LEWIS, D. J. The Extermination of *Anopheles gambiae* in the Wadi Halfa area. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 42(4): 393-402, 1949.

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional.* Rio de Janeiro: Revan, Iuperj, 1999.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. *In*: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LINHARES, M. Y. *A Luta Contra a Metrópole (Ásia e África: 1945 - 1975)*. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1981.

LITSIOS, S. Malaria control, the Cold War and the post-war reorganization of international assistance. *Medical Anthropology*, 17(3): 255-278, 1997.

LITSIOS, S. Criticism of WHO'S Revised Malaria Eradication Strategy. *Parassitologia*, 42(1-2): 167-172, 2000.

LOGAN, J. *The Sardinian Project.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1953.

LOVE, J. *A Construção do Terceiro Mundo: teorias do subdesenvolvimento na Romênia e no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

LOW, G. C. Monkeys as a reservoir for the virus of yellow fever. *The Lancet,* 1: 1.334-1.335, 1914.

LOWY, I. Yellow fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Institute mission (1901-1905). *Medical History*, 34: 144-163, 1990.

LOWY, I. Epidemiology, immunology, and yellow fever: the Rockefeller Foundation in Brazil, 1923-1939. *Journal of the History of Biology*, 30: 397-417, 1997.

LOWY, I. Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 5(3): 647-677, 1999.

LOWY, I. *Vírus, Mosquitos e Modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LOWY, I. & ZILBERMAN, P. Medicine as a social instrument: Rockefeller Foundation, 1913-1945. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Biological and Biomedical Sciences*, 31(3): 365-379, 2000.

MAHONEY, J. Path dependence in historical sociology. *Theory and Society*, 29(4): 507-548, 2000.

MALAN, P. S. Relações Econômicas Internacionais do Brasil: (1945-1964). *In*: HOLANDA, S. B. de. *História Geral da Civilização Brasileira*. Tomo III, v. 4. Economia e Cultura (1930-1964). São Paulo: Difel, 1984.

MANSON, P. The necessity for special education in tropical medicine. *The Lancet*, 2: 842-845, 1897.

MANSON, P. *Tropical Diseases: a manual of diseases of warm climates*. London: Cassel and Company, 1903.

MARINHO, M. G. S. M. C. *Norte-Americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952).* Campinas, São Paulo: Editores Associados, Universidade de São Francisco, 2001.

MARQUES, E. C. Notas Críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 43: 67-102, 1997.

MARTÍ, J. *Inside the Monster: writings on the United States and American imperialism*. New York: Monthly Review Press, 1975.

MARTÍ, J. *Nossa América.* São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MAZOWER, M. *No Enchanted Palace: the end of empire and the ideological origins of the United Nations*. Princeton: Princeton University Press, 2009.

MERRICK, T. W. The Population of Latin America, 1930-1990. *In*: BETHELL, L. (Ed.). *Latin America: economy and society since 1930.* Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

MILES, W. D. *A History of the National Library of Medicine: the nation`s treasury of medical knowledge.* Washington: USDHHS, 1982.

MONIZ BANDEIRA, L. A. A Guerra do Chaco. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 41(1): 162-197, 1998.

MONIZ BANDEIRA, L. A. *Presença dos Estados Unidos no Brasil.* Rio de Janeiro: Record, 2007.

MORLAN, H. B. The Relationship of Laboratory Colonies to the *Aedes aegypti* Eradication Program. *Mosquito News*, 24(4): 388-389, 1964.

MORLAN, H. B. & TINKER, M. E. Distribution of *Aedes aegypti* infestation in the United States. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 14: 892-899, 1965.

MOURA, G. *Autonomia na Dependência: a política externa brasileira de 1935 a 1942.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

MOURA, G. *Tio Sam Chega ao Brasil: a penetração cultural americana*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

MOURA, G. *O Alinhamento sem Recompensa: a política externa do governo Dutra*. Rio de Janeiro: Cpdoc/FGV, 1990.

MUNIZ, E. S. A. *'Basta Aplicar uma Injeção?' Saúde, doença e desenvolvimento: o Programa de Erradicação da Bouba no Brasil (1956-1961)*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

MUNIZ, E. S. A. 'Basta aplicar uma injeção?': concepções de saúde, higiene e nutrição no Programa de Erradicação da Bouba no Brasil, 1956-1961. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 19(1): 197-216, 2012.

MUNIZ, E. S. A. *Basta Aplicar uma Injeção?: desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961)*. Belo Horizonte, Campina Grande, Rio de Janeiro: Fino Traço Editora, Eduepb, Editora Fiocruz, 2013.

MYRDALL, G. Os Aspectos Econômicos da Saúde. *WHO Chronicle*, 6(78): 4-5, 1952.

NERUDA, P. *Canto Geral.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

NOGUCHI, H. Yellow fever research, 1918-1924: a Summary. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 28(10): 185-193, 1925.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). Undécima Conferencia Sanitaria Panamericana: ata final. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 21(11): 1.061-1.069, 1942a.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). XI Conferencia Sanitaria Panamericana (editorial). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 21(1): 69, 1942b.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). Duodécima Conferencia Sanitaria Panamericana (celebrada em Caracas, Venezuela, enero 12-24, 1947): acta final. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 26(3): 193-216, 1947.

OLIVEIRA, H. A. de. *Política Externa Brasileira*. São Paulo: Saraiva, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Actas de la Decimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana, Comité Regional, Organización Mundial de la Salud. Ciudad Trujillo, octubre 1-10 de 1950.* Washington: OPS, 1952a (Publicação 261).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Campaña de erradicación del pian en Haití (editorial). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 33(2): 190-161, 1952b.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). El Programa de Becas de la OSP/OMS. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 37(1): 1-5, 1954.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *XV Conferencia Sanitaria Panamericana - X Reunión del Comite Regional de la OMS para las Americas, San Juan, Puerto Rico, 21 de septiembre - 3 octubre de 1958: Actas, Resoluciones y Documentos.* Washington: OPS, OMS, 1959. (Edición 27 de Documentos Oficiales)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Declaración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana; San Juan, Puerto Rico, 1958*. Washington: OPS, 1959.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Informe Anual del Director, 1962*. Washington: OPS, 1963a. (Documento Oficial 50)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Actas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.* Washington: OPS, 1963b. (Documento Oficial 49)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Informe Cuadrienal del Director, 1962-1965.* Washington: OPS, 1966. (Documento Oficial 72)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Discusiones técnicas en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana: Informe final. Technical discussions and final report. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 62(1): 1-8, 1967.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Historia de la Organización Panamericana de la Salud.* Washington: OPS, 1992.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) & ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Acuerdo Suscrito entre el Consejo de la OEA y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (suscrito en la Unión Panamericana, Washington D.C., 23 de mayo de 1950).* Washington: Unión Pan-Americana, 1950.

ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA (OSP). *Actas de la Decimocuarta Conferencia Sanitaria Panamericana – Sexta Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (Santiago, Chile, 7-22 de Octubre de 1954).* Washington: OSP, OMS, 1954.

ORGANIZACIÓN SANITARIO PANAMERICANA (OSP). *Tema 12: preparativos para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana. 34ª Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo*. Washington: OSP, OMS, 1958. (CE34/13, 14 mayo 1956)

PACKARD, R. M. Visions of Postwar: health and development and their impact in public health interventions in the developing world. *In*: COOPER, F. & PACKARD, R. (Orgs.). *International Development and the Social Sciences: essays on the history and politics of knowledge.* Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1997a.

PACKARD, R. M. Malaria Dreams: postwar visions of health and development in the Third World". *Medical Anthropology*, 17(3): 279-296, 1997b.

PACKARD, R. M. 'No other logical choice': global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. *Parassitologia*, 40(1-2): 217-229, 1998.

PACKARD, R. M. & BROWN, P. J. Rethinking Health, Development and Malaria: historicizing a cultural model in international health. *Medical Anthropology*, 17(3): 181-194, 1997.

PALMER, S. Saúde Imperial e Educação Popular: a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921. *In*: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

PALMER, S. Migrant clinics and hookworm science: peripheral origins of International Health, 1840-1920. *Bulletin of the History of Medicine*, 83(4): 676-709, 2009.

PALMER, S. *Launching Global Health: the Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation*. Ann Arbor: University of Michigan, 2010.

PALMER, S. *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *XVI Pan American Sanitary Conference, XIV meeting, Regional Committee of the WHO for the Americas. Final report. Minneapolis, Minnesota, USA, 21 August-3 September 1962*. Washington: Paho, 1962.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). A Paho family album: 100 years of Public Health. *Perspectives in Health Magazine: The Magazine of the Pan American Health Organization*, 7(1): 1, 2002. Disponível em: <www.paho.org/english/dd/pin/Number13_article3_9.htm>. Acesso em: 20 mar. 2015.

PARRAN, T. The first 12 years of WHO. *Public Health Reports*, 73(10): 879-883, 1958.

PAZ SOLDÁN, C. E. *La OMS y la Soberanía Sanitaria de Las Américas.* Lima: Instituto de Medicina Social, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1949.

PINHEIRO, L. *Política Externa Brasileira (1889-2002).* Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

PIRES-ALVES, F. A. *Cooperação Interamericana em Saúde na Era do Desenvolvimento: informação científica e tecnologias educacionais na formação de recursos humanos (1963-1983)*, 2011. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

PIRES-ALVES, F. A. & PAIVA, C. H. A. *Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde, (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PORTER, R. *The Greatest Benefit to Mankind: a medical history of humanity.* New York, London: W.W. Norton & Company, 1999.

QUEVEDO, E. *et al. Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo: el transito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud publica en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.

QUEVEDO, E. *et al.* Knowledge and power: the asymmetry of interests of Colombian and Rockefeller doctors in the construction of the concept of 'jungle yellow fever', 1907-1938. *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine*, 25(1): 71-109, 2008.

RABE, S. G. *Eisenhower and Latin America: the foreign policy of anticommunism*. Chapel Hill: University of North Caroline Press, 1988.

RANGEL, C. *Latin Americans: Their Love-Hate Relationship with the United States.* New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1977.

REBELO, F. *A Travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)*, 2010. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

REED, W. & CARROLL, J. The prevention of yellow fever. *Public Health Report Papers*, 27: 113-129, 1901.

RICKARD, E. R. The viscerotome, an instrument for the removal of fragments of liver for pathological examination without autopsy. *Bulletin of the Rockefeller Foundation*, 5(6): 310-315, 1932.

RICUPERO, R. O Brasil, a América Latina e os EUA desde 1930: 60 anos de uma relação triangular. *In*: ALBUQUERQUE, J. A. G. (Org.). *Sessenta Anos de Política Externa Brasileira (1930-1990)*. v. 1. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1996.

RIST, G. *The History of Development: from western origins to global faith*. Nova Deli: Academic Foundation, 2002.

ROCHA LIMA, H. Da importância prática das lesões do fígado na febre amarela. *Revista Médica de Hamburgo*, 2(2): 336-337, 1921.

ROCHA LIMA, H. O Diagnóstico post-mortal da febre amarela. *Folha Médica*, ano 7, p. 169-171, 01 de ago. 1926.

ROCK, D. *Latin America in the 1940s: war and postwar transitions.* Berkeley: University of California Press, 1994.

RODRIGUES, J. Arquivo 'Geraldo Horácio de Paula Souza': um acervo sobre história e saúde. *Patrimônio e Memória*, 4(1): 1-15, 2008.

ROMERO ÁLVAREZ, H. *Health without Boundaries: notes for the history of the United States-Mexico Border Public Health Association on the celebration of its 30th year of active life, 1943-1973.* Mexico City: United States-Mexico Border Public Health Association, 1975.

ROSENBERG, C. Framing disease: illness, society and history. *In*: ROSENBERG, C. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública.* São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Hucitec, Abrasco, 1994.

ROWLAND, D. W. *History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: historical reports on war administration.* Washington: U. S. Government Printing Office, 1947.

RUSSELL, P. *Man's Mastery of Malaria.* London: Oxford University Press, 1955.

SÁ, M. R. & SILVA, A. F. C. La Revista Médica de Hamburgo y la Revista Médica Germano-Ibero-Americana: disseminación de la medicina germánica en España y America Latina (1920-1933). *Asclepio*, 62(1): 7-34, 2010.

SÁ, M. R. *et al.* Medicina, ciência e poder: as relações entre França, Alemanha e Brasil no período de 1919 a 1942. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16(1): 247-261, 2009.

SAND, R. Editorial. *American Journal of Public Health*, 43(11): 1.476-1.477, 1953.

SANTOS, P. S. Cinquentenário da Faculdade de Saúde Pública da USP. *Revista de Saúde Pública*, 9(2): 95-97, 1975.

SAWYER, W. A. Recent progress in yellow fever research. *Medicine*, 10(4): 509-535, 1931.

SAWYER, W. A. The history of yellow fever since the New Orleans epidemic of 1905. *The Southern Medical Journal – Journal of the Southern Medical Association*, 25(3): 291-296, 1932.

SAWYER, W. A. A history of the activity of the Rockefeller Foundation in the investigation and control of yellow fever. *American Journal of Tropical Medicine*, 17: 35-50, 1937.

SAWYER, W. A. & BAUER, J. H. Survival of *Leptospira icteroides* in various environments. *The American Journal of Tropical Medicine*, 8(1): 17-28, 1928.

SAWYER, W. A.; LLOYD, W. D. M. & KITCHEN, S. F. The preservation of yellow fever virus. *The Journal of Experimental Medicine*, 50(1): 1-13, 1929a.

SAWYER, W. A.; LLOYD, W. D. M. & KITCHEN, S. F. A conservação do vírus da febre amarela. *O Saneamento*, 8(3): 2, 1929b.

SAWYER, W. A. *et al.* The relationship of yellow fever of the western Hemisphere to that of Africa and to leptospiral jaundice. *The Journal of Experimental Medicine*, 51(3): 493-517, 1930.

SCHLIESSMANN, D. J. The *Aedes aegypti* eradication program of the U.S. *Mosquito News*, 24(2): 124-132, 1964.

SCHLIESSMANN, D. J. 1965 Progress report of the *Aedes aegypti* eradication program in the United States. *Mosquito News*, 26(4): 486-489, 1966.

SCHLIESSMANN, D. J. Initiation of the *Aedes aegypti* eradication programme of the USA. *Bulletin of the World Health Organization*, 36(4): 604-609, 1967.

SCHLIESSMANN, D. J. & MAGENNIS, N. J. Initial plan for the eradication of *Aedes aegypti* from the United States. *Pest Control*, 32(7): 34-48, 1964.

SCOTT, J. B. *The Final Act of Interpretative Commentary Thereon* (Second Pan-American Scientific Congress). Washington: Government Printing Office, 1916.

SELLARDS, A. W. The Relationship between weil's disease and yellow fever. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 21: 245-259, 1927.

SELLARDS, A. W. & THEILER, M. Pfeiffer reaction and the protection tests in Leptospiral Jaundice (Weils Disease) with *Leptospira icterohemorrhagiae* and *Leptospira icteroides*. *American Journal of Tropical Medicine*, 7(6): 369-381, 1927.

SENCER, D. J. Health Protection on a shrinking world. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 18(3): 341-345, 1969.

SERVICE, R. *Comrades: a world history of communism.* Oxford: Oxford University Press, 2007.

SERVIÇO NACIONAL DE FEBRE AMARELA (SNFA). *Manual de Instruções Técnicas e Administrativas do Serviço Nacional de Febre Amarela.* Rio de Janeiro: Lafa, Bio-Manguinhos, Fiocruz, 1946.

SEVERO, O. P. La campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas: su organización, evolución y resultados hasta diciembre de 1954. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, 38(4): 378-398, 1955.

SHANNON, R. C. O Aparecimento de uma espécie africana de *Anopheles* no Brasil (Trabalho do Laboratório de Febre Amarela, da Divisão Sanitária Internacional da 'Fundação Rockefeller', no Brasil, Bahia). *Brasil Médico*, 19: 515-518, 1930.

SHAPLEN, R. *Towards the Well Being of the Mankind: fifty years of the Rockefeller Foundation.* New York: Doubleday and Company, 1964.

SHEININ, D. *The Organization of American States.* New Brunswick: Transaction Publishers, 1996.

SHOUSHA BEY, A. T. S. Species–eradication: the eradication of *Anopheles gambiae* from Upper Egypt, 1942-1945. *Bulletin of the World Health Organization*, 1(2): 309-352, 1948.

SIDDIQI, J. *World Health and World Politics: the World Health Organization and the UN System.* Columbia: University of South Caroline Press, 1995.

SILVA, A. F. C. A trajetória de Henrique da Rocha Lima e as relações teuto-brasileiras (1901-1956). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(2): 495-509, 2010.

SILVA, A. F. C. *A trajetória de Henrique da Rocha Lima e as relações Brasil - Alemanha (1901-1956)*, 2011. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

SILVA, A. M. Desenvolvimento e multilateralismo: um estudo sobre a Operação Pan-Americana no contexto da política externa de J.K. *Contexto Internacional*, 14(2): 209-239, 1992.

SILVA, C. M. *Agricultura e Cooperação Internacional: a atuação da American International Association for Economic and Social Development (AIA) e os programas de modernização no Brasil (1946-1961)*, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

SNOWDEN, F. M. *The Conquest of Malaria: Italy, 1900-1962.* New Haven: Yale University Press, 2006.

SOLORZANO, A. The Rockefeller Foundation in revolutionary Mexico: yellow fever in Yucatan and Veracruz. *In*: CUETO, M. (Org.). *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation and Latin America.* Bloomington: Indiana University Press, 1994.

SOPER, F. L. The geographical distribuition of immunity to yellow fever in man in South America. *American Journal of Tropical Medicine*, 17(4): 457-511, 1937.

SOPER, F. L. Febre amarela panamericana, 1938-1942. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 21(11): 1.207-1.222, 1942.

SOPER, F. L. Editorial: continental eradication of *Aedes aegypti*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 26: 898-899, 1947.

SOPER, F. L. Informe sobre el Programa de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 27(11): 977-997, 1948.

SOPER, F. L. The elephant never forgets. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1: 361-368, 1952.

SOPER, F. L. Yaws: its Eradication in the Americas. *Who Newsletter for the October*, 1955.

SOPER, F. L. *Address by the Director of PASB*. Washington: Paho, 1957a. (Paho Official Documents, n. 18)

SOPER, F. L. El concepto de la erradicación de las enfermedades transmisibles. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 42(1): 1-5, 1957b.

SOPER, F. L. Some international aspects of virus disease. *Minnesota Medicine*, 42: 88-91, 1959.

SOPER, F. L. Eradication versus control in communicable disease prevention. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 137: 234-238, 1960.

SOPER, F. L. Problemas por resolver para lograr la erradicación de la tuberculosis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 52(5): 378-390, 1962.

SOPER, F. L. Rehabilitation of the eradication concept in prevention of communicable diseases. *Public Health Reports*, 80: 855-869, 1965.

SOPER, F. L. El *Aedes aegypti* y la fiebre amarilla. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 64(3): 187-196, 1968.

SOPER, F. L. Letter to the editor: the American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 18(3): 482-484, 1969.

SOPER, F. L. & DUFFY, J. *Ventures in World Health: the memories of Fred Lowe Soper*. Washington: Paho, 1977.

SOPER, F. L. & DUFFY, J. *Andanzas por el Mundo de la Salud: memorias de Fred Lowe Soper.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, 1979.

SOPER, F. L. & KERR, J. A. *Building the Health Bridge: selections from the works of Fred L. Soper.* Bloomington: Indiana University Press, 1970.

SOPER, F. L. & WILSON, B. Species eradication: practical goal of species reduction in the control mosquito-borne disease. *Journal of National Malaria Society*, 1: 5-24, 1942.

SOPER, F. L. & WILSON, B. *Anopheles Gambiae in Brazil, 1930 to 1940*. New York City: Rockefeller Foundation, 1943.

SOPER, F. L. & WILSON, B. *Campanha contra o Anopheles gambiae no Brasil, 1939-42.* Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1945.

SOPER, F. L. & WILSON, B. *Anopheles gambiae no Brasil - 1930-40.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SOPER, F. L. *et al.* Typhus Fever in Italy, 1943-1945, and its control with louse powder. *American Journal of Hygiene*, 45(3): 305-334, 1947.

SOUZA, G. H. de P. *A Organização Mundial da Saúde*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1948.

STADIEM, W. *Too Rich: the high life and tragic death of king Farouk*. New York: Carroll & Graf, 1991.

STAPLES, A. L. S. *The Birth of Development: how the World Bank, Food and Agriculture Organization, and World Health Organization changed the world, 1945-1965*. Kent: Kent State University Press, 2006.

STAPLETON, D. H. The dawn of DDT and its experimental use by the Rockefeller Foundation in Mexico, 1943-1952. *Parassitologia*, 40(1-2): 149-158, 1998.

STEPAN, N. The interplay between socio-economic factors and medical research: yellow fever research, Cuba and the United States. *Social Studies of Science*, 8(4): 397-423, 1978.

STEPAN, N. *Picturing Tropical Nature.* Ithaca: Cornell University Press, 2001.

STEPAN, N. *Eradication: ridding the world of diseases forever?* Ithaca: Cornell University Press, 2011.

STERN, S. J. The Decentered Center and the Expansionist Periphery: the paradoxes of foreign – local encounter. *In*: JOSEPH, G. M.; SALVATORE, R. D. & LE GRAND, C. *Close Encounter of Empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations.* Durham: Duke University Press, 1998.

STOETZER, C. *The Organization of American States.* Westport: Praeger, 1993.

STOKES, A.; BAUER, J. & HUDSON, P. N. Transmission of Yellow Fever to *Macacus rhesus,* preliminary note. *Journal of the American Medical Association*, 90: 253-254, 1928a.

STOKES, A.; BAUER, J. & HUDSON, P. N. Experimental Transmission of Yellow Fever to Laboratory Animals. *American Journal of Tropical Medicine*, 8: 103-164, 1928b.

STRODE, G. K. (Org.) *Yellow Fever.* New York, Toronto, London: McGraw-Hill, 1951.

SUTTER, P. El control de los zancudos en Panamá: los entomólogos y el cambio ambiental durante la construcción del Canal. *Historia Critica*, 30: 67-90, 2005.

SWIGGETT, G. L. (Ed.). *Proceedings of the Second Pan American Scientific Congress.* Washington: Government Printing Office, 1917. (Section VIII, part I, v. IX)

TAYLOR, R. M. & CUNHA, J. F. An epidemiological study of jungle yellow fever in an endemic area in Brazil. Part I – Epidemiology of Human Infections. *American Journal of Tropical Medicine*, 16(6) supl.: 1-21, 1946.

THEILER, M. & DOWNS, W. G. *The Arthropod-Borne Viruses of Vertebrates: an account of The Rockefeller Foundation Virus Program, 1951-1970.* New Haven, London: Yale University Press, 1973.

THEILER, M. & SELLARDS, A. W. The relations of *L. icterohaemorrhagiae* e *L. icteroides* as determinated by the Pfeiffer phenomenon in guinea pigs. *American Journal of Tropical Medicine*, 6(6): 383-402, 1926.

THORP, R. The Latin American economies, 1939-1950. *In*: BETHELL, L. (Ed.). *Latin America: economy and society since 1930.* Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

TORRES-MUÑOZ, A. Breve ensayo histórico sobre el *Aedes aegypti* en relación con México, *Boletín Epidemiológico*, 27(3): 144-150, 1963. (Numero comemorativo. Erradicación del *Aedes aegypti* en México, 1 set. 1963)

TOTA, A. P. *O Imperialismo Sedutor: a americanização do Brasil na época da Segunda Guerra Mundial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

TUCKER, J. B. *Scourge: the once and future threat of smallpox*. New York: Atlantic Monthly, 2001.

UNIÓN PANAMERICANA. *Acta final de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas, Venezuela, del 12 al 24 de enero de 1947*. Washington: Unión Panamericana, 1947. (Edição 51 de Serie de Congresos y Conferencias, Unión Panamericana)

UNITED STATES OF AMERICA, U.S. NAVY HOSPITALS SERVICES (USNHS). *Annual Report of the Supervising Surgeon-General of the U.S Navy Hospitals Services* (1895). Washington: Government Printing Office, 1896.

UNITED STATES OF AMERICA, U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE (USPHS). *United States Participation in International Health*. Washington: Government Printing Office, 1954. (PHS Publication 416)

VASCONCELLOS, M. P. (Coord.). *Memórias da Saúde Pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

VERONELLI, J. & TESTA, A. (Orgs.). *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

VIGEVANI, T. *Terceiro Mundo: conceito e história*. São Paulo: Ática, 1990.

VIZENTINI, P. F. *Relações internacionais do Brasil: de Vargas a Lula*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

VIZENTINI, P. F. *A Guerra Fria: o desafio socialista à ordem americana*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2004.

WARREN, A. J. Landmarks in the conquest of yellow fever. *In*: STRODE, G. K. (Org.). *Yellow Fever.* New York, Toronto, London: McGraw-Hill, 1951.

WASERMAN, M. Fred L. Soper, embajador de la salud. *Americas*, 30-39, 1975.

WEGMAN, M. E. A Salute to the Pan American Health Organization. *Public Health Then and Now*, 67(12): 198-204, 1977.

WHITEHEAD, L. A note on citizenship in Latin America since 1930. *In*: BETHELL, L. (Ed.). *Latin America: politics and society since 1930.* Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

WILLIAMS, G. *Virus Hunters.* London: Hutchinson, 1960.

WILLIAMS, G. *The Plague Killers.* New York: Scribner, 1969.

WILLIAMS, S. C. Nationalism and public health: the convergence of the Rockefeller Foundation techniques and the Brazilian federal authority during the time of yellow fever. *In*: CUETO, M. (Org.). *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America.* Bloomington: Indiana University Press, 1994.

WISLOW, C. E. A. The Cost of Sickness and the Price of Health" (World Health Organization Monograph Series, n. 7), 1951. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40729/1/WHO_MONO_7.pdf>. Acesso em: jan. 2016.

WOOD, B. *The Making of the Good Neighbor Policy.* New York: Columbia University Press, 1967.

WORBOYS, M. Manson, Ross and colonial medical policy: tropical medicine in London and Liverpool, 1899-1914. *In*: MCLEOD, R. & LEWIS, M. (Eds.). *Disease and Empire: perspectives on Western medicine and the experience of European expansion.* London: Routledge, 1988.

WORBOYS, M. Germs, malaria and the invention of mansonian tropical medicine: from 'diseases in the tropics' to 'tropical diseases'. *In*: ARNOLD, D. (Ed.). *Warm Climates and Western Medicine: the emergence of Tropical Medicine, 1500-1900.* Amsterdam, Atlanta: Rodopi, 1996.

WORBOYS, M. Tropical diseases. *In*: BYNUM, W. F. & PORTER, R. (Eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine.* v. 1. London, New York: Routledge, 1997.

WORBOYS, M. *Spreading Germs: disease theories and medical practice in Britain, 1865-1900.* Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Temporary working arrangement between the World Health Organization and the Pan American Sanitary Bureau. *Report of the Executive Board: Third Session held in Genebra from 21 February to 9 March 1949.* Geneva: WHO, 1949. (Official Records of the World Health Organization, 17)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Lamp is Lit: the Story of WHO.* Geneva: Division of Public Information, 1951.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Former directors-general of the World Health Organization, 'Dr. Marcolino Gomes Candau'. Disponível em: <www.who.int/dg/former/en/>. Acesso em: 13 jan. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Expert Committee on Malaria. *Sixth Report.* Geneva: WHO, 1957. (Technical Report 123)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) & PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (PASB). Agreement between the World Health Organization and Pan American Sanitary Organization. *In*: SOPER, F. *Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau to the Members Governments of the Pan American Sanitary Organization*. Washington: Pan American Health Organization, 1950.

ZULAWSKI, A. *Unequal Cures: public health and political change in Bolivia, 1900-1950.* Durham: Duke University Press, 2007.

# Outros títulos da Coleção História e Saúde

Civilizando as Artes de Curar:
Chernoviz e os manuais de medicina popular do Império
Maria Regina Cotrim Guimarães, 2016

Meu Encontro com os Outros:
memórias de José de Albuquerque, pioneiro da sexologia no Brasil (Clássicos e Fontes)
Sérgio Carrara e Marcos Carvalho (Orgs.), 2016

Gênese da Saúde Global:
a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina
Steven Palmer, 2015

O Laboratório e a República:
saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891-1933)
Márcia Regina Barros da Silva. Coedição Fapesp, 2014

Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894-1934)
Dilma Cabral, 2013

Ciência, Nação e Região:
as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930
Júlio Cesar Schweickardt, 2011

*Anopheles gambiæ* no Brasil, 1930 a 1940
Fred L. Soper e D. Bruce Wilson (Clássicos e Fontes)
Sergio Goes de Paula (Org.), 2011

A Medicina no Brasil Imperial:
clima, parasitas e patologia tropical
Flavio Coelho Edler, 2011

Nos Domínios do Corpo:
o saber médico luso-brasileiro no século XVIII
Jean Luiz Neves Abreu, 2011

Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920
Tania Maria Fernandes, 2010

Os Índios no Império do Brasil:
a etnografia do IHGB entre as décadas de 1840 e 1860
Kaori Kodama, 2009

Proteção à Natureza e Identidade Nacional no Brasil: anos 1920-1940
José Luiz de Andrade Franco e José Augusto Drummond, 2009

Doença de Chagas, Doença do Brasil:
ciência, saúde e nação (1909-1962)
Simone Petraglia Kropf, 2009

A Gripe Espanhola na Bahia:
saúde, política e medicina em tempos de epidemia
Christiane Maria Cruz de Souza. Coedição Edufba, 2009

Vozes de Campos do Jordão:
experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar
no Estado de São Paulo (Clássicos e Fontes)
Oracy Nogueira. Maria Laura Viveiros de Castro Cavalcanti (org. da 2ª edição), 2009

Do Clima e das Doenças do Brasil:
ou estatística médica deste Império (Clássicos e Fontes)
J. F. Xavier Sigaud (edição brasileira), 2009

Enfermidades Endêmicas da Capitania de Mato Grosso:
a memória de Alexandre Rodrigues Ferreira (Clássicos e Fontes)
Ângela Pôrto (Org.). Coedição Faperj, 2008

Entre os Salões e o Laboratório:
Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940
Gisele Sanglard, 2008

Iluminismo e Império no Brasil:
O Patriota (1813-1814) (Clássicos e Fontes)
Lorelai Kury (Org.). Coedição Fundação Biblioteca Nacional, 2007

Saúde e Política:
a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo
Lina Faria, 2007

Saúde no Governo Vargas (1930-1945):
dualidade institucional de um bem público
Cristina M. Oliveira Fonseca, 2007

Vírus, Mosquitos e Modernidade:
a febre amarela no Brasil entre ciência e política
Ilana Löwy, 2006

Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas:
o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960
André Luiz Vieira de Campos, 2006

A Ciência como Profissão:
médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)
Dominichi Miranda de Sá, 2006

Textos Hipocráticos:
o doente, o médico e a doença (Clássicos e Fontes)
Henrique F. Cairus e Wilson A. Ribeiro Jr, 2005

"A Hora da Eugenia":
raça, gênero e nação na América Latina
Nancy Leys Stepan, 2005

As Pestes do Século XX:
tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada
Dilene Raimundo do Nascimento, 2005

Visões do Feminino:
a medicina da mulher nos séculos XIX e XX
Ana Paula Vosne Martins, 2004

Cuidar, Controlar, Curar:
ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe
Gilberto Hochman e Diego Armus (Orgs.), 2004

A Recepção do Darwinismo no Brasil
Heloísa Maria Bertol Domingues, Magali Romero Sá e Thomas Glick (Orgs.), 2003

Um Lugar para a Ciência:
a formação do *campus* de Manguinhos
Benedito Tadeu de Oliveira (Coord.), Renato da Gama-Rosa Costa
e Alexandre José de Souza Pessoa, 2003

A Arte de Enganar a Natureza:
contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX
Fabíola Rohden, 2003

Espaços da Ciência no Brasil, 1800-1930
Maria Amélia M. Dantes (Org.), 2001

Ser Médico no Brasil: o presente no passado
André de Faria Pereira Neto, 2001